Rok XLII. Kraków 28 Marca 1903. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Nowy pomysł dorabiania moczowodu (ureteroplastyki).

Podał

Dr. Antoni Rydygier *(jun.)*.

W ostatnich latach zajmowano się gorąco wynalezieniem i udoskonaleniem zabiegów, służących ku zachowaniu nerki w przypadkach, gdzie dawniej jedynym sposobem było jej wycięcie.

I tak przy wodo- lub roponerczu *(hydro- i pyonephrosis)*, zależnie od przyczyn wywołujących stan ten chorobowy, mamy cały szereg zabiegów, dążących do przywrócenia drożności moczowodu, czyto przez wyprostowanie go i utrzymanie w tej pozycyi *(nephropexis* Guyona, *ureterolysorthosis* Rafina), czy też przez zapewnienie mu ujścia w najniżej położonym punkcie miedniczki nerkowej *(capitonnage* Albarana, *pyeloplicatio* Israela, wreszcie Albarana resekcya części miedniczki nerkowej leżącej poniżej ujścia moczowodu. Trudniejsze było zadanie, jeśli przeszkodę w wolnym przepływie moczu stanowiły zmiany bliznowate w ścianach moczowodu. Wtedy starano się je ominąć albo przez utworzenie anastomozy między miedniczką nerkową a częścią moczowodu, leżącą poniżej przeszkody (*uretero-pyelostomia* Trendelenburga), albo przez rozszerzenie zwężonego miejsca (cięcie podłużne i szew w tym samym kierunku), lub też przez wycięcie bliznowatego zwężenia i połączenie szwem obu końców moczowodu, a jeśli miejsce zwężone znajdowało się tuż przy miedniczce nerkowej, to wszczepienie końca obwodowego do miedniczki (*pyeloneostomia* Küstera), a gdy niedaleko dolnego ujścia moczowodu, to wszczepienie go do pęcherza. W każdym jednakże razie zmiany bliznowate nie musiały być zbyt rozległe, gdyż w przeciwnym razie nie dałby się koniec obwodowy moczowodu dociągnąć do miedniczki nerkowej lub swego końca odśrodkowego. — Aby i w tych przypadkach, gdzie blizny, czy też inne powody (naprzykład sąsiednie nowotwory, obejmujące moczowód) zmuszają nas do wycięcia znaczniejszych kawałków moczowodu, nie mieć do wyboru albo wycięcia nerki, albo skazania chorego na przetokę nerkową wraz z jej dolegliwościami, podał już w r. 1891 *(Przegląd lekarski* Nr. 47 r. 1891) ojciec mój następujący sposób: Oba końce moczowodu, otrzymane po wycięciu części chorobowo zmienionej (blizna, nowotwór i t. p.) wszywamy w ścianę brzuszną tak, że będą od siebie w pewnej odległości i w ten sposób utworzymy dwie przetoki. Po pewnym czasie wykroimy ze skóry ku jednej stronie płatek, którego długość odpowiada odstępowi przetok, a szerokość jest nieco większa niż potrzeba po zwinięciu go do utworzenia rurki o świetle równem moczowodu prawidłowego. Podstawę tego płatka pozostawiamy w linii łączącej przetoki; przyskórek będzie zwrócony ku wewnątrz, powierzchnia okrwawiona na zewnątrz. Po odpowiedniem zeszyciu i połączeniu górnego i dolnego otworka tej rurki z górną i dolną przetoką, pokryjemy okrwawioną powierzchnię rurki płatem skóry nieco dłuższym niż pierwszy i szerszym, naciągniętym z drugiej strony". W ten sposób chce ojciec mój utworzyć na nowo kawałek wycięty z ciągłości moczowodu i ma nadzieję, że możnaby tę nowowytworzoną część zatopić pod ściany brzuszne, przywracając w ten sposób prawidłowy niejako stan rzeczy. Dodać tylko należy, że przed zwinięciem pierwszego z wyżej opisanych płatów w rurkę, trzebaby zniszczyć jego cebulki włosowe, aby zapobiedz wyrastaniu włosów, które, wywołując inkrustacyę, mogłyby być przyczyną powstania kamieni pęcherzowych.

Sposobu tego wytwarzania kawałka moczowodu nikt dotychczas, — o ile mi wiadomo, — nie zastosował, a w praktyce utrzymał się dawny sposób Simona, t. j. wycięcie nerki, jeśli ubytek w moczowodzie był tak wielki, że ani końców ze sobą nie można było zeszyć, ani też dokonać pyelo-uretero-plastyki, a względnie wszycia moczowodu do pęcherza lub w ostatecznym razie do jelita, co jednak się nie zaleca ze względu na możliwe zakażenie miedniczek.

Niedawno temu Israel starał się na innej drodze usunąć dolegliwości przetoki nerkowej, leżącej poniżej środka linii, łączącej pępek z kolcem biodrowym górnym przednim *(spina ossis il. ant. sup.)*, tem bardziej, że nerki tej jako jedynej *(Solitärniere)* nie mógł wyciąć. A mianowicie utworzył ukośną przetokę pęcherzową sposobem Witzla i obie te przetoki połączył rurką, która, aby dobrze spełniać swoje zadanie musiała być giętka, lecz o ścianach trudno się dających zgnieść, oraz posiadać wentyl, nie dozwalający moczowi cofać się przy skurczach pęcherza do miedniczki nerkowej. (Opis dokładny przypadku i przyrządu w *Deutsche med. Woch. 1903 Nr. 1, str. 8.*) Noszenie jednak tego rodzaju sztucznych przyrządów zawsze bywa uciążliwe, poniekąd nawet niebezpieczne ze względu na możliwe zakażenie miedniczek, a nadto chory zawsze doznaje uczucia swego kalectwa. Więcej już przemawiałby do mego przekonania sposób ojca z tem dodatkiem, aby przez zniszczenie cebulek włosowych uchronić się od odrastania włosów i jego następstw.

W odpowiednich przypadkach dałby się może łatwiej i lepiej dorobić kawałek ubytku w moczowodzie z wyrostka robaczkowego. Proponowałbym następujące postępowanie: wyrostek robaczkowy odcinamy od jelita ślepego, podobnie jak przy jego zapaleniu *(appendicitis)*, ale nie oddzielając go od jego krezki *(mesenteriolum)*, aby zapewnić mu dobre odżywienie. Sam dolny jego ślepy

koniec odciąwszy, otrzymalibyśmy kanał (rurkę), który w niektórych przypadkach może być nawet stosunkowo dość długi, stosownie do znacznej nieraz długości wyrostka robaczkowego i który dałby się wszczepić pomiędzy końce przeciętego moczowodu (przynajmniej po stronie prawej). Sprawność takiego dorobionego kawałka, — można się spodziewać — powinna być wyborna.

W przypadkach, gdzie wyrostek robaczkowy nie dałby się do tego stopnia przeciągnąć (n. p. po stronie lewej), możnaby w ten sposób postąpić, żeby się wycięło odpowiedni kawałek z pętli jelita cienkiego, najbliżej ubytku w moczowodzie położonej. Następnie światło odcinka tego trzebaby o tyle pomniejszyć, aby je zrównać ze światłem moczowodu. Łatwo byłoby to uskutecznić, wycinając i odrzucając pas odpowiedniej szerokości ze ściany jelitowej, położonej naprzeciw krezki, a resztę, t. j. tę część jelita która nie straciła związku z krezką, zeszywając w rurkę, której końce połączyłoby się z końcami moczowodu. Rozumie się, że całego zabiegu nie możnaby wykonać na jednem posiedzeniu, lecz trzebaby naprzód wytworzyć odpowiedni kanalik z wyciętej pętli, a na późniejszem posiedzeniu dopiero go wszczepić.

Dokładniejszy sposób postępowania i całą technikę opiszę dopiero po wypróbowaniu mego sposobu doświadczalnie; obecnie, znajdując się w Paryżu w klinice chorób dróg moczowych prof. Guyona, nie mam do tego sposobności, lecz zastrzegam to sobie na przyszłość.

II. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia.

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

(Ciąg dalszy).

Najwięcej zwracającymi na siebie uwagę objawami, występującymi po pojawieniu się skurczu w naczyniach skóry, są objawy w sferze psychicznej pacyenta. Po wystąpieniu skurczu w skórze wskutek n. p. zadziałania zimna, zjawia się, — co można dowolnie wywołać, — uczucie znużenia i potrzeby snu, przyczem istnieje możność natychmiastowego zaśnięcia. Usposobienie jest nieco podniesione, pacyent doświadcza wewnętrznego spokoju i zadowolnienia. Objawom tym towarzyszy zupełna niechęć do jakiegokolwiek wysiłku. Pacyent nie posiada najmniejszej ochoty do pracy, nie jest w stanie napisać listu, aczkolwiek wie, że go napisać powinien i pragnie nawet, aby został napisany: siedzi on bezczynnie godzinami bez zajęcia przy biórku, a nie chwyta mimo to za pióro i nie ma ochoty wykonać najmniejszego ruchu ręką; pomimo, że uczuwa pragnienie, nie ma woli nalać sobie wody do szklanki. Zdjęcie odzieży przed położeniem się do łóżka jest dla niego prawie niewykonalne i zwykle wtedy kładzie się on do snu nie rozbierając się. W stanie tym pacyent ciągle poziewa, wyciąga się, siedzi lub stoi, dobierając jak dogodniejsze dla siebie położenie. W tym stanie przypomina on wyczerpanego robotnika po całodziennej ciężkiej pracy. Chód jego jest spokojny i ociężały. Wydaje mi się wskazanem więcej uwzględniać charakter chodu przy badaniu psychicznem, aniżeli się to zwykle czyni, a szczególnie pod tym względem odpowiednim dla badania jest chód podczas przechadzki, gdyż wtedy najlepiej okazuje się stały stan duchowy człowieka. Po wprowadzeniu badania pisma w zakres badań psychologicznych kolej przychodzi na chód, w którym nie mniej, aniżeli w piśmie, wyraża się stan wewnętrzny człowieka.

W sferze umysłowej nie znać zaburzenia wybitniejszego, ani w pamięci, ani w zdolności spostrzegania, ani w władzy myślenia. Nad całym stanem pacyenta panuje znaczne znużenie. Po krótkotrwałem czytaniu, rachowaniu, uważnem słuchaniu wykładu i t. d., występuje wyczerpanie i jest ono już przejściem do drugiego okresu. Znużenie może jeszcze łatwiej być wywołane przez jakiekolwiek, choćby nieznaczne podniecenie uczuciowe, n. p. podczas rozmowy. Przy tych spostrzeżeniach miałem sposobność przekonać się, o ile więcej nużącem i wyczerpującem jest doznanie uczuć, aniżeli czynność umysłowa.

Opisany okres pierwszy może trwać krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, co, o ile się zdaje, zależy od stopnia skurczu naczyń skórnych, od nasilenia cielesnej lub duchowej czynności, poprzedzającej skurcz naczyń skórnych, tudzież od dalszej obecności lub nieobecności czynnika podniecającego. Do okresu dalszego może nie przyjść, jeżeli pacyent położy się spać, lub jeżeli wywoła poty. Gdy atoli to nie nastąpi, wtedy obraz się zmienia: powstaje stopniowo, jako okres drugi, stan podniecenia. Uczucie znużenia, senność, tudzież usposobienie do szybkiego zaśnięcia, znikają, pomimo że niechęć do pracy, jak również sama potrzeba snu i znużenie trwają dalej. Występujące od czasu do czasu poziewanie, zajmowanie jak najwygodniejszego położenia, ociężała postawa i zwieszająca się głowa, cechują stale ten stan pomimo choćby największego podniecenia.

Przejście do tego okresu drugiego z okresu pierwszego zaznacza się pojawieniem skłonności do marzeń. Pacyent snuje w myśli obrazy zdarzeń, sprawiających mu zadowolnienie, a przytem tak tych, które się dawniej odbyły, jak również tych, które dopiero są przedmiotem jego pragnień. Przedstawia on sobie z najdrobniejszymi szczegółami, jak to on to i to zrobi, to i owo przeprowadzi, dokona. Innym znowu razem przedstawia sobie pacyent jak najszczegółowiej, jak to siostra jego lub brat, lub wreszcie ktoś z blizkich wzniesie się wysoko, jak im się uda przeprowadzić swoje i jego pragnienia, jak to oni powinni to lub owo robić do osiągnięcia celów. To znowu, przeczytawszy n. p. o zwycięstwie jakiego oddziału Burów — sympatye swoje skierowuje pacyent ku stronie tych ostatnich — przedstawia on sobie z najdrobniejszymi szczegółami i w obrazach konkretnych wszystko, odnoszące się do zwycięskiej potyczki, nie omieszkując przedstawiać sobie sytuacye i sposoby, dzięki którym wynik byłby jeszcze więcej odpowiadającym jego pragnieniom. Podczas tego marzenia pacyent nie okazuje żadnych objawów podniecenia ruchowego, siedzi nieruchomie i szuka samotności, aby bez przeszkody módz się oddać swemu marzeniu. Chód pacyenta jest zwykle spokojny i powolny, nie robi atoli wrażenia, jakoby on spostrzegał, co się wokoło dzieje. W nadmienionej skłonności do marzeń zwracają na siebie uwagę dwie cechy: monotonność i pewien charakter przymusu. Cały szereg godzin snuje pacyent myśli o jednym i tym samym przedmiocie, aż do przesytu, choć one już nie sprawiają jemu przyjemności, a nawet są mu już uciążliwe i pra-

gnąłby się od nich uwolnić, mimo to nie jest w stanie przejść do myślenia o czem innem i trudno mu jest uwolnić się od tego marzenia. Przedmiot, o którym pacyent snuje swoje myśli, niejako opanowuje go. Jeżeli on nie jest w możności samotnie oddać się swym myślom, gdy znajduje się n. p. w towarzystwie, wtedy uczuwa potrzebę mówienia ciągle o tem, co stanowi w danej chwili przedmiot jego marzenia. Jeżeli się nie powstrzymuje w wypowiadaniu swych myśli, gdy n. p. ma zaufanie do pewnej osoby i wie, że nie będzie przez nią wyśmianym, wtedy występuje bardzo wyraźnie dla otoczenia to opanowanie pacyenta przez jedno jakiekolwiek zdarzenie. W rozmowie wraca on ciągle do tego przedmiotu, nie porusza żadnego innego tematu. Jest mu wysoce nieprzyjemnie, gdy druga osoba zmienia treść rozmowy, gdyż on ma jeszcze wiele do powiedzenia i wszystko wypowiedzieć musi. A gdy się jeszcze uwzględni, że to, co pacyenta zajmuje i o czem mówi, że to są fantazye i zamki na lodzie, przedmioty li indywidualnych pragnień jego, to można sobie przedstawić, jak miłym musi być on towarzyszem. To też otoczenie nazywa go nudnym fantastą. Do tego dodać należy, że pacyent nie jest przyjemnym dla otoczenia jeszcze i z tego powodu, że w jego rozmowie gra wielką rolę własna jego osoba. Potrzeba podzielenia się z otoczeniem swemi przykrościami, radościami, nadziejami itd. jest właściwością bardzo charakterystyczną, jak wiadomo, właściwością niemiłą dla otoczenia, nielubiącego słuchać opowiadań czyichś o sobie samym. Pacyent dzieli się z towarzyszem rozmowy bardzo chętnie uczuciem zadowolnienia lub niezadowolnienia z własnych swych postępków, zdolności zamiarów i planów. Gdy zauważy, że to, co on opowiada, nie zajmuje otoczenia, odczuwa to bardzo nieprzyjemnie, mimo to jednak musi wszystko wypowiedzieć. Tylko w zupełnie obcem towarzystwie nie zdradza się z tą swoją właściwością. Ale jeśli tylko czuje, że mu to zbyt za zle nie będzie wziętem, zaraz rozpoczyna swoje, tak wielka jest w nim chęć do opowiadania swych myśli. A czyni to często w formie niby pobocznych uwag lub dowcipów i t. p., nie chcąc się narazić na ironiczne uśmiechy w otoczeniu.

Pojawienie się w pacyencie skłonności do marzeń jest stanem przejściowym między pierwszym a drugim okresem. Jest ono pierwszym stopniem i najlżejszym wyrazem wzmożonego życia uczuciowego, które cechuje cały okres drugi. Okres ten, jeżeli stan nieprawidłowy, w który wszedł pacyent, trwa dłużej, wyraża się jeszcze w innych stanach. Wszystkie one atoli łatwo przechodzą w siebie wzajemnie, zwykle są zależne od zdarzeń zewnętrzych, tworzą wyższy stopień podniecenia sfery uczuciowej, tudzież łączą się często z pierwszym stanem marzeń.

Przedewszystkiem należy wspomnieć o wybuchach afektów, do których pacyent jest niezwykle skłonny w całym drugim okresie swego stanu nieprawidłowego, w którym przesadne uczuciowe oddziaływanie pacyenta na zdarzenia zewnętrzne, czy to o cechach przyjemnych, czy nieprzyjemnych, jest niezwykle wzmożone. Jeżeli zdarzy się pacyentowi lub komu z jego blizkich coś dobrego, radość jego jest prawie bez granic; zajdzie zaś coś przeciwnego, popada on w afekt przeciwny niezwykle wielkiego stopnia. W chwilach dla pacyenta ważniejszych, wobec rozmowy o sprawie dla niego doniosłej z osobą, od której on jest w jakikolwiek sposób zależny itp., doznaje pacyent w wysokim stopniu uczucia dobrze znanego każdemu pod nazwą „tremy", aczkolwiek, znachodząc się w stanie prawidłowym, uczucia tego w tych okolicznościach albo wcale nie doznaje, albo tylko w nieznacznym stopniu. W towarzystwie osób obcych, wobec których pacyent posiada choćby zewnętrzne poważanie, jest on nieśmiały, nie odważa się rozglądać, a już szczególnie nie śmie kierować wzroku na twarze obecnych, jeżeli wie, że nie może tego uczynić zupełnie niepostrzeżenie, aczkolwiek gdy się znachodzi w stanie prawidłowym, nic podobnego miejsca niema i pacyent jest w stanie zachowywać się swobodnie i dowolnie krzyżuje swój wzrok z wzrokiem innych osób, przezeń bez trudności oglądanych. Niewielki powód wywołuje u pacyenta afekt strachu, opanowujący całą jego istotę, przypominający strach paniczny. Pod wpływem tego afektu pacyent grozi, posądza, wykonuje czyny, które z powodu swej przesady i niestosunku do powodu czynią odrazu na otoczenie wrażenie czynów nieprawidłowych. Pacyent bywa często bardzo drażliwy, obraża się o lada drobnostkę i popada w niezadowolenie; w tym przeto kierunku występuje wzmożone i przesadne oddziaływanie jego uczuciowe. Wtedy łatwo lży, potępia, czyni zarzuty i wyrzuty, uskarża się; brak mu wewnętrznego spokoju i zadowolenia, czuje się nieszczęśliwym, ma niechęć do otoczenia i wymaga za wiele. Najłatwiej pacyent popada w afekt podczas swobodnej rozmowy. Gdy pogadanka schodzi na przedmiot więcej jego interesujący, a takie tematy zazwyczaj sam porusza, wtedy niezwykle łatwo zaczyna się afektować, występuje na jaw wzmożone zabarwienie uczuciowe wszystkich myśli pacyenta, z zupełnem przejęciem się rozmawia, nic innego nie widzi, ani nie słyszy, ciągle zagłębiony w przedmiocie rozmowy. Określenia i oceny pacyenta są oczywiście wtedy w „superlatywach"; bezgraniczne pochwały, a szczególnie bezgraniczne potępienia i druzgocąca krytyka są wtedy na porządku dziennym. Afekty, w które pacyent tak łatwo popada, nie przechodzą szybko, jak to ma miejsce z afektami normalnymi, lecz podobneż, jak to bywa w stanie marzeń, znachodzi się on przez szereg godzin pod ich wpływem. Afektom tym towarzyszy wielkie podniecenie ruchowe. Pacyent, gdy mówi, bardzo gestykuluje. Mowa jest także afektowana, bardzo głośna, zwykle z deklamatorskim patosem, powolna i nieco ociężała. Chociaż pacyent zauważy tę swoją mowę i stara się ją zmienić na mowę normalną, nie udaje się to mu, aczkolwiek w stanie prawidłowym mówi płynnie, spokojnie, z odpowiednią modulacyą i siłą głosu. Należy zauważyć, że 1) te wybuchy afektów powstają li tylko wskutek zewnętrznych wydarzeń i zależnie od nich otrzymują swój charakter. Przyjemne zdarzenia wywołują radość, nieprzyjemne — afekt przeciwny. 2) Przy wszystkich, chociażby najradośniejszych afektach, pozostaje stale pewien niepokój wewnętrzny, niezadowolnienie, przygnębienie, rodzaj znużenia, co się okazuje w ociężałej i obwisłej postawie ciała. 3) Tak same uczucia, jak i ich wyrażanie się w sferze ruchowej, nie posiadają wcale żywości, ani świeżości. Ruchy i mowa są pozbawione rzeźwości. Psychomotoryczne podniecenie, towarzyszące afektowi, trwa długo. Pacyent nie jest w stanie ani na chwilę pozostać spokojnie; porusza to rękami, to nogami, wogóle chodzi wiele. Chód jego jest wtedy niespokojny, przytem niezręczny, szybki, jakby pacyent śpieszył się, z głową obwisłą i ze zmęczonym wyrazem twarzy. O tem, aby w tym stanie miał ochotę do jakiegoś zajęcia, mowy nawet być nie

może. Ten niepokój trwa tak długo, dopóki jakieś ważne zdarzenie nie odwróci uwagi pacyenta, albo zanim sam nie zauważy swego niepokoju i siłą woli nie zmusi się do siedzenia lub leżenia bez ruchu, albo wreszcie, gdy doprowadzony do zupełnego wyczerpania, sam się nie uspokoi. Cel ten najlepiej zostaje osiągnięty, gdy pacyent się lekko spoci.

Uspokoiwszy się zaś, czuje się bardzo znużonym i sennym.

Gdy pacyent znachodzi się w stanie nieprawidłowym (i to w II okresie), wtedy drobne niepowodzenia i nieprzyjemności wywołują w nim łatwo przygnębienie i usposobienie płaczliwe. Wtedy wszystko przedstawia się pacyentowi czarno; wszystko jest złe, wszyscy i wszystko jest przeciw niemu, nic mu się nie udaje, on jest bardzo nieszczęśliwy itd. W stanie tym traci on ochotę do wszystkiego. Czuje potrzebę płaczu, tudzież doświadcza tęsknoty za kimś mu oddanym, któryby miał dla niego współczucie W tym stanie pacyent jest spokojny, cichy, niechętnie rozmawia. Głos jego wtedy staje się szczególnie miękkim i płaczliwym. Jest on wówczas względem wszystkich dobrym, wyrozumiałym i pełnym miłości; do nikogo nie żywi złości i przebacza tym, którzy rzekomo sprawili mu kiedy nieprzyjemność. Stan ten nie trwa nigdy dłużej, niż jeden dzień, zwykle kilka godzin; po pierwszym śnie znika. Pacyent zna tę okoliczność; to też, gdy tylko zauważy zbliżanie się tego płaczliwego usposobienia, kładzie się zaraz do łóżka, a przespawszy się, wstaje rzeźwy. Stan ten, o ile zauważyłem, występuje zwykle przy sposobności wielu drobnych nieprzyjemności, n. p. gdy kto odezwie się ironicznie o pacyencie, lub gdy kto znowu nie przywita się z pacyentem itd. Na takie drobnostki jest on zawsze bardzo wrażliwy. Drugi warunek, od którego zależy pojawienie się tego stanu, jest ten, ażeby pacyent nie był opanowany całkowicie przez inny jakiś afekt, n. p. żeby nie znajdował się w stanie żądzy działania.

Ten nowy stan, w który pacyent popada od czasu do czasu, występuje często pod wpływem odpowiedniego bodźca zewnętrznego, n. p. podrażnienia miłości własnej pacyenta. Wtedy człowiek ten, który zwykle nie ma zupełnie ochoty do jakiejkolwiek pracy, zaczyna wprowadzać w życie różne plany, pisywać listy itp. Ale brak mu w tem większej wytrwałości; wkrótce porzuca rozpoczętą czynność, jeśli natrafia na przeszkody, wymagające natężenia; rozpoczyna wtedy inną czynność, przyczem powtarza się to samo. Tylko bardzo łatwe czynności doprowadza do końca, n. p. pisanie listów. Pisze też pacyent wtedy wielką liczbę listów, jednocześnie chętnie spełnia te czynności, które wymagają wiele chodzenia i wszelkiego ruchu; czynności te nigdy nie nastręczają mu trudności. Robót powolnych, wymagających cierpliwości, lub zajęć, natężających umysł, pacyent nie jest w stanie wtedy wykonywać. Umysłowe zdolności jego w tym stanie, jak i w stanach innych II-go okresu: są osłabione. Pomimo największej pracy nie czuje on znużenia i nie doświadcza potrzeby snu; nie ma również łaknienia. Wygląda szczególnie chorobliwie; wszystko robi niezwykle prędko, chód jego wówczas szybki, niespokojny, ale zręczny i lekki. Nie może usiedzieć bez ciągłych ruchów. Mówi głośno, z żywą gestykulacyą. Słowem, pacyent jest całkowicie opanowany przez żądzę działania i nic innego go nie obchodzi. Tylko będąc zupełnie wyczerpany kładzie się spać. Ten stan żądzy działania trwa tak długo (nawet do kilku dni), dopóki pacyent nie zrobi wszystkiego, co sobie zamierzył; może atoli stan ten być przerwanym, lub nawet całkowicie ustąpić, jeżeli pacyent n. p. dzięki rozmowie popadnie w wybuch afektu, albo jeżeli zostanie sprowadzony do stanu prawidłowego, co ma miejsce zawsze, gdy się spoci, lub dobrze się wyśpi, tudzież gdy bardzo ciepło utrzymuje skórę.

Wreszcie wspomnieć muszę jeszcze o jednym, dającym się stwierdzić stanie, w którym się pacyent znajduje stale wtedy, gdy nie ma powodu afektowania się, nie znajduje się ani w stanie płaczliwości, ani w stanie żądzy działania. Jest to stan wyraźnie hipomaniczny. Pacyent wówczas śpiewa, śmieje się, dowcipkuje, jest ruchliwy, traktuje otoczenie familiarnie, jest często bez taktu. Równocześnie atoli jest on niezwykle uczuciowo wrażliwy na wszystkie zewnętrzne wydarzenia. Dowolny odpowiedni powód wprawia go zaraz w jeden z opisanych poprzednio stanów. N. p. nieznaczna nieprzyjemność czyni go na czas dłuższy nieszczęśliwym. Dobra nowina wprawia go w przeciwny afekt. To znowu inny jaki bodziec odpowiedni wywołuje w nim żądzę działania. Również stan marzenia występuje często.

Wszystkie przedstawione stany psychiczne przechodzą wzajemnie w siebie. Gdy nadto przypomnę, że często dzięki przebywaniu w dobrze ogrzewanych miejscach, lub dzięki bardzo ciepłemu ubraniu, gdy skurcz naczyń skórnych zostaje usunięty, pacyent znachodzi się w stanie prawidłowym, okaże się w całej pełni wielka rozmaitość stanów, jaką pacyent przedstawia. Zachowanie się i postępki jego są zupełnie nieobliczalne i w każdym stanie są one inne. Prawie każdego dnia pacyent jest innym człowiekiem.

Wspólną cechą wszystkich stanów II-go okresu jest wzmożone życie uczuciowe. Przytem podkreślić należy jedną właściwość nie bez znaczenia w kierunku różniczkowo-dyagnostycznym — mianowicie spotęgowane oddziaływanie uczuciowe nie w jednym kierunku (smutnym lub wesołym), nie na jeden jakiś rodzaj bodźców (n. p. na przykre lub przyjemne), lecz we wszystkich kierunkach, na bodźce tak przyjemne, jak i przykre. Afekt, w który pacyent popada, zależy co do jakości w wysokim stopniu, jeśli nie całkowicie, od bodźca. Otrzymawszy przyjemną wiadomość, popada pacyent w niezwykle silne wybuchy radości. Jeżeli zaś zamiast tej przyjemnej wiadomości dostaje przykrą, popada w przeciwny równie silny afekt. A nawet znachodzenie się w jednym afekcie nie czyni pacyenta zbytnio odpornym na działanie bodźców przeciwnych.

Równocześnie ze wzmożonem oddziaływaniem uczuciowem na zewnętrzne objawy zmniejsza się zakres przedmiotów, zajmujących pacyenta. W miarę trwania choroby coraz większa i większa liczba zjawisk staje się mu obojętną. Już, jakeśmy to widzieli przy naszem doświadczeniu, zaraz w pierwszym okresie, w który pacyent, zdolny do pracy i jej żądny przez wywołanie skurczu naczyń skórnych wprowadzony został, występuje razem z uczuciem znużenia także niechęć do jakiegokolwiek natężenia i jakiejkolwiek działalności. Niechęć ta objawia się w tem większym stopniu w okresie II-gim, w którym występują wyraźnie objawy znużenia. Występująca od czasu do czasu żądza działania nie stanowi pod tym względem wyjątku, gdyż czynność ta nie wypływa z zamiłowania do przedmiotu, lecz z afektu. To jest według mego zdania jedno źródło powstającej obojętności. Pacyent przestaje stopniowo interesować się tem wszystkiem, z czem wiąże

się choćby najmniejsze natężenie. Drugim czynnikiem, tłómaczącym powstanie obojętności, jest ten, że pacyent znajduje się prawie ciągle w afektach, które opanowują go całkowicie i czynią niedostępnym dla innego rodzaju działania. W dalszym ciągu, zdaje mi się, odgrywa w pewnym stopniu rolę i ten czynnik, że w całym II-gim okresie, jak to poniżej omówimy, ma miejsce wielkie obniżenie zdolności myślenia, a w pierwszej linii zdolności spostrzegania, pojmowania, tudzież pamięci. Względem przedmiotów, których sobie nie przedstawiamy, nie możemy żywić żadnych uczuć — *ignoti nulla cupido*. Wreszcie rozwijająca się w tem schorzeniu utrata zdolności do postanowień przyczynia się niezawodnie również do powstania obojętności. Pacyent staje się obojętnym na coraz większy zakres przedmiotów. On nic sobie nie robi nawet z własnej przyszłości. Gdy przedtem żywo interesował się każdem nowem zdarzeniem, n. p. w dziedzinie piśmiennictwa i nauki, stopniowo interes ten zatraca. Żyć na koszt niezbyt zamożnej rodziny nie sprawia mu żadnego zakłopotania. Wszelkimi sposobami stara się uchylić od spełniania swych obowiązków. To stopniowo rozwijające się w pacyencie zobojętnienie jest już głębszą i trwalszą zmianą, jaką omawiane schorzenie naczynioruchowe pociąga z sobą w sferze psychicznej.

Z tą głębszą zmianą w umysłowem życiu pacyenta znajduje się w pewnym związku inna, która również występuje jako następstwo omawianego schorzenia: jest nią całkowity zanik zdolności do postanowień. Pacyent nie czuje się w stanie uczynić choć najwięcej przezeń pożądanego wysiłku; dokonywa on tylko albo czynności czysto mechanicznych, do których został od lat wdrożony, albo robi coś z popędu, jak to ma miejsce wtedy, gdy się znachodzi w stanie żądzy działania, albo wreszcie, gdy niemal mechanicznie spełnia wolę kogoś innego, której bez oporu poddaje się. Pacyent nie pracuje, a mimo to nigdy nie znajduje czasu, aby n. p. doprowadzić do porządku swoje mieszkanie, lub oczyścić odzież, albo zrobić jakiś akt grzeczności, odpisać na list, złożyć wizytę itp. Za przykład typowy zaniku zdolności do postanowień w pacyencie, tudzież równocześnie, jako bardzo dobry środek dyagnostyczny, posłużyć może następujący fakt: jeżeli pacyent, śpiesząc się na obiad, wizytę, lub do zajęcia obowiązkowego, spotka po drodze przyjaciela, porzuca swoje zajęcie, nie idzie na wizytę itd., lecz odprowadza przyjaciela i godzinami z nim chodzi, chociaż codzień go widuje i chociaż nic nie ma mu do powiedzenia, ani też niczego odeń się dowiedzieć niema.

Trzecia głębsza zmiana, jaką zauważyłem u pacyenta, dotyczy sfery życia płciowego. Ma on szczególniejsze zadowolnienie, gdy użyje najordynarniejszych wyrazów w rozmowie o sprawach płciowych; również oddaje się stosunkowi płciowemu bez najmniejszego uczucia wstydu.

Na wysokości schorzenia zauważył pacyent, że często podczas najpoważniejszej rozmowy, w najnieodpowiedniejszej chwili, przychodził mu do głowy jakiś płaski dowcip, lub jakaś bezmyślna uwaga, nie mająca najmniejszego związku z przedmiotem rozmowy i z całą sytuacyą, co z wielkiem zadowolnieniem pacyent wypowiadał. Podobnież w najniestosowniejszych sytuacyach zjawiał się głupkowaty uśmiech na ustach pacyenta. To go dziwiło, a nawet przestraszało, gdyż wydawało mu się anormalnem.

Pacyent zauważył, że jeżeli skóra jego znachodziła się czas jakiś w stanie nieprawidłowym, to tak w ruchach jego, jako też w zachowaniu się, n. p. gdy pacyent znajdował się w towarzystwie, występował łatwo pewien upór i duch przeczenia. Gdy wtedy jakaś najmniejsza choćby drobnostka nie spodobała się jemu, albo gdy powstało w nim jakieś uprzedzenie, to popadał zaraz w ten stan, który okazują często małe dzieci, gdy coś robić muszą, a robić tego nie chcą. Wtedy uczucie niezadowolnienia i uporu okazuje się w każdym ich ruchu, w całem ich zachowaniu się. Przy wszelkiem poruszeniu wtedy daje się spostrzegać, że jest ono wykonane nie z własnej chęci i własnego popędu że chętnieby go się wcale nie wykonało. Po pewnym czasie pacyent sam się temu dziwi i przyznaje, że nie miał dostatecznego powodu do takiego upornego zachowania się. Jako drugi przykład tej właściwości służyć może następujący fakt: pacyent przestaje naraz kłaniać się niektórym znajomym bez usprawiedliwionego powodu, co też później również sam przyznaje; po pewnym czasie kłania się im znowu.

Być może, że w związku z objawem poprzednim pozostaje pewien, że tak powiem, hiperkrytycyzm, na który pacyent dawniej się użalał. Objaw ten polegał na tem, n. p., że podczas pisania, czy mówienia pacyentowi nie spodobało się żadne przezeń użyte słowo i żaden zwrot; pacyent nigdy nie był zadowolniony z formy, w jaką przyoblókł swą myśl, zawsze czuł, że niedostatecznie i nieściśle myśl swoją wyraża. Utarte i powszechnie używane zwroty i sposoby wysławiania się raziły go, często tworzył nowe. Gdy cośkolwiek napisał, zaraz był sam z tego niezadowolniony. Wskutek także tej właściwości nie mógł prawie wcale wykonywać pisemnych prac, nawet gdy takowe rozpoczął. Ta właściwość występowała wybitnie zwykle rano, w mniejszym zaś stopniu wieczorami; to też wieczorami, jak sam pacyent twierdzi, pracował piórem o wiele więcej twórczo i płynnie.

Przy wyrażaniu pisemnem, lub ustnem swych myśli, zauważył pacyent jeszcze inną właściwość: oto nie mógł nic wypowiedzieć, ani objaśnić bez nadmiernego nawału słów (*Wortschwall*), bez treściwych frazesów i zwrotów bez znaczenia. Pacyent był tak przez mowę opanowany, że nie słowa stosowały się do myśli, lecz odwrotnie. Ta właściwość przyczyniała się niezawodnie również do tego, że pacyent był niezadowolniony z wyrażania swych myśli.

Zwróciło uwagę pacyenta i to, że uległ mimice twarzowej i robił grymasy (*Gesichtschneiden*) także wtenczas, kiedy nic nie mówił i nic nie zamierzał wyrazić przez te ruchy twarzy, a także nawet i wtedy, kiedy nie był opanowany przez jakieś silniejsze uczucie. Wielkiego wysiłku woli kosztowało go, aby do grymasów tych, które na otoczenie robiły śmieszne wrażenie, nie dopuszczać, co znowu miało ten skutek, że pacyent niweczył także i prawidłowe ruchy mięśni twarzowych tak, że twarz jego stawała się bez wyrazu, a przytem znać przecież było na niej pewną nienaturalność.

Pacyent wykrztuszał bardzo wiele śliny. Przy łóżku jego lub na stole, przy którym nieco dłużej przebywał, stała zawsze spluwaczka, bez której pacyent obejść się nie mógł. Znajdował się w bardzo przykrem położeniu, jeżeli przebywał w towarzystwie, gdzie nie było spluwaczki. Wielka ilość śliny gromadziła się w ustach pacyenta; nie połykał jej dlatego, że mając stale nieprzyjemną woń z ust, nie chciał przez połykanie śliny zepsuć sobie żołądka. Że tu rzeczywiście idzie o wzmożone wydzielanie się śliny, to może być łatwo

stwierdzone, gdyż ona występuje i teraz, jeśli tylko pacyent znachodzi się pewien czas w nieprawidłowym stanie skóry.

Czytając w położeniu leżącem, mógł przez szereg godzin mieć głowę niepodpartą, wzniesioną do góry, nie uczuwając żadnego znużenia. Ten brak poczucia znużenia jest tu zrozumiały, gdy uwzględnimy, że w całym II-gim okresie istnieje spotęgowana czynność ruchowa pomimo ciągłego znużenia, które przeto nie prowadzi do zaprzestania czynności.

Przedstawione głębsze zmiany, jakie wywołuje w ustroju, a w pierwszej linii w sferze psychicznej, opisane schorzenie naczynioruchowe, są zaczerpnięte z pamięci pacyenta. W obecnym jego stanie zmian tych albo wcale niema, albo tylko są one w nieznacznym tylko stopniu, ponieważ pacyent przebył wielomiesięczne leczenie (jak najdłuższy sen, obfite pocenie się i regularny stolec) i obecnie znajduje się w tym stanie, że trwałe zmiany zostały usunięte, a tylko narząd naczyniowy nie jest jeszcze doprowadzony do stanu prawidłowego.

Także i w sferze r u c h o w e j i m y ś l o w e j okazuje pacyent wiele nieprawidłowości.

W całym II-gim okresie zwraca na siebie uwagę objaw, podobny do osłabienia z rozdrażnieniem *(reizbare Schwäche)*. Pacyent oddziaływa niezwykle szybko (błyskawicznie) i w wysokim stopniu przesadnie, gdy nagle n. p. ktoś dotknie go, lub upadnie jakiś przedmiot, lub stojąca w pobliżu osoba wykona nagle jakiś ruch itp. Nienaturalne zachowanie się pacyenta zostaje spotęgowane, jeżeli on w towarzystwie albo w miejscach publicznych usiłuje nie zdradzić się z tem swojem błyskawicznem i przesadnem oddziaływaniem. Wtedy siedzi pacyent zbyt nieruchomie i przytłumia nawet ruchy naturalne i naturalną mimikę twarzy.

Mówiliśmy już o przymusowej nienaturalnej i deklamatorskiej modulacyi głosu, z jaką pacyent podczas II-go okresu mówi, a od której nie jest w mocy się uwolnić, chociaż w stanie prawidłowym, albo w okresie I-go stanu nieprawidłowego mówi zupełnie gładko i swobodnie. Wyraźnie występuje ta cecha, gdy każemy pacyentowi coś głośno i z akcentowaniem przeczytać. Już laik łatwo zauważy tę cechę i nazwie ją „sztucznym patosem“. Cecha ta okazuje się również i w grze takich chorych, jeżeli są muzykalni.

W ruchach pacyenta, jak i w postawie ciała, podczas całego II-go okresu zauważyć można bardzo wyraźne napięcie mięśni. Objaw ten zwraca na siebie uwagę szczególnie wtedy, gdy stan nieprawidłowy trwa już kilka dni. Pacyent siedzi swobodnie, lecz z przyciągniętemi kurczowo nogami. Jeżeli spostrzeże sam, to się dziwi temu i nadaje nogom postawę swobodną. Gdy jednak tylko uwagę swoją odwróci w innym kierunku, zaraz napięcie w mięśniach znowu powraca. Pacyent stwierdza, że dzieje się to wbrew jego woli. Podobnież rzecz się ma z rękami i resztą ciała. Ramiona pacyenta (jedno albo oba), bywają podniesione; głowa sztywnie osadzona na karku. Ta nienaturalność i sztywność występuje na jaw również w ruchach pacyenta. Chód jego sztywny, bardzo lekko dotyka stopą ziemi; ciało nie wykonuje spółruchów, potrzebnych do utrzymania równowagi; lekkie uderzenie może go zwalić. Dodać należy, że ta nienaturalna postawa i zachowanie się są, tak co do swej istoty, jak i pochodzenia, odmienne od nienaturalności w zachowaniu się pacyenta, powstających wtedy, gdy on usiłuje ukryć n. p. swe osłabienie z podrażnieniem. W tym drugim przypadku jest ona dowolną, w pierwszym mimowolną, a nawet przymusową. Często atoli występują obie równocześnie. Również odmienną jest postawa ciała, jaką przybiera pacyent przy wielkiem zmęczeniu i przygnębieniu: wówczas niema ani napięcia, ani sztucznego teatralno-dramatycznego ułożenia. Omówione tu nienaturalne pozy i ruchy nasuwają porównanie pacyenta do Sykstusa Beckmessera z Wagnerowskich „Meistersinger von Nürnberg“. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Przyczynek do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej bruzdogłowcem szerokim i o tak zw. szmerach sercowych z niedokrewności.

Podał

Witold Orłowski.

(Dokończenie).

Najgłówniejszym objawem, odróżniającym szmery nieorganiczne od organicznych, jest, zdaniem P o t a i n a, który poświęcił wiele pracy na wyświetlenie powstania i rozpoznania szmerów sercowych, siedziba i rytm szmerów. Pod tym względem P o t a i n dzieli okolicę serca na 3 główne pasy: pas podstawowy, środkowosercowy i koniuszkowy. W pasie podstawowym odróżnia on część prawą, odpowiadającą tętnicy głównej *(région préaortique)* i lewą, odpowiednio tętnicy płucnej *(r. preinfundibulaire)*. W pasie środkowym odróżnia część mostkową, mieczykowatą i przedkomorową, wreszcie w pasie koniuszkowym — część właściwą koniuszkową, nad-, zewnątrz- i wewnątrz-koniuszkową. Szmery o największej sile odpowiednie części przedkomorowej i zewnątrzkoniuszkowej są, zdaniem P o t a i n a, zawsze nieorganiczne; szmery zaś o największem natężeniu odpowiednio okolicy koniuszkowej i przedaortowej są prawie zawsze organiczne; we wszystkich innych miejscach okolicy serca spotykamy szmery nieorganiczne i organiczne; organiczne słyszą się częściej w okolicy mostkowej i nadkoniuszkowej, nieorganiczne zaś w okolicy wewnątrzkoniuszkowej i nad tętnicą płucną (*région préinfundibulaire)*. Zdaniem H u c h a r d a[35]), szmery nieorganiczne słyszą się najczęściej w okolicy lewej komory, nad koniuszkiem serca, w miejscu osłuchiwania zastawki płucnej i nad wyrostkiem mieczykowatym, czasami jednak słyszą się one i w innych miejscach klatki piersiowej, nawet w okolicy pachowej i na grzbiecie. Według E i c h h o r s t a[36]) szmery nieorganiczne słyszą się najczęściej nad koniuszkiem i w okolicy tętnicy płucnej; według L e u b e g o[34]) w okolicy tętnicy płucnej; według C z u d n o w s k i e g o[37]) u podstawy i nad koniuszkiem serca, z rzadka zaś i w innych miejscach klatki piersiowej, przeważnie po stronie lewej, nawet pod łopatką. Nasze spostrzeżenia wykazują, że najczęstszą siedzibą szmerów nieorganicznych jest okolica tętnicy płucnej, a następnie koniuszek serca. Widzimy więc, że zapatrywania różnych klinicystów co do usadowienia szmerów niedokrwistych nie są zgodne. Wobec tego nie można wbrew P o t a i n o w i uważać usadowienia szmeru za objaw patognomoniczny do rozpoznania pochodzenia szmeru, tembardziej, że w niektórych, co prawda rzadkich razach, jak to mieliśmy sposobność spostrze-

gać i jak wzmiankuje również Leube, Eichhorst i inni, skurczowy szmer, towarzyszący niedomykalności zastawki dwudzielnej, jest najwyraźniejszy właśnie w *région préinfundibulaire* Potaina; podobna okoliczność spostrzega się w tych przypadkach, gdzie lewe uszko sercowe jest silnie rozwinięte i przytyka prawie bezpośrednio do klatki piersiowej, wskutek tego szmer, powstający podczas zwrotu krwi do lewego przedsionka i lewego uszka, udziela się dobrze klatce piersiowej.

Nieorganiczne szmery sercowe, zdaniem Potaina, Hucharda, Czudnowskiego, Eichhorsta, Szapira[38]), Leydena[39]), Bezsonowa[31]) są w przeważnej liczbie skurczowe; szmery rozkurczowe spostrzegają się rzadko, mianowicie w miejscu osłuchiwania tętnicy głównej. Przeciwnie: Bouilland, Peter, Gutmann[40]), Eichwald, Leube, Sahli uznają jedynie skurczowe szmery nieorganiczne. Leube powiada: „na podstawie własnego doświadczenia radzę wykluczyć szmery rozkurczowe zupełnie z kategoryi przypadkowych, lub przynajmniej nie uważać ich za przypadkowe przy rozpoznawaniu chorób serca“. Jak nadmieniłem już powyżej, z tem twierdzeniem zupełnie zgodne są i nasze spostrzeżenia.

Według Potaina i Hucharda szmery nieorganiczne słyszą się na początku, w środku lub w końcu skurczu serca, innymi słowy, są *proto-*, *meso-* lub *telesystoliques;* najczęściej spotykamy rytm środkowo-skurczowy; szmery zaś organiczne słyszy się podczas całego skurczu lub rozkurczu *(holosystoliques, holodiastoliques)*. W naszym przypadku istotnie spostrzegaliśmy początkowo środkowo-skurczowy rytm szmeru nad koniuszkiem, następnie zaś wystąpił wyraźny trący szmer, który był słyszalny podczas całego czasu trwania skurczu; ten szmer, również nieorganiczny, zawdzięczał swoje powstanie względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej; co do szmerów nad tętnicą płucną i główną, to one wciąż były częściowo-skurczowymi *(mérosystoliques)*, mianowicie środkowo-skurczowymi *(mesosystoliques)*. Widzimy więc, że i ten objaw Potain-Hucharda nie jest rozstrzygającym (patognomonicznym).

Według Bouillanda, Petera, Potaina, Hucharda, Leubego, Szapira, Eichwalda i innych nieorganiczne szmery są łagodne, miękkie, dmuchające. Potain, Huchard, Eichhorst i inni spostrzegali jednak i bardzo wyraźne szmery nieorganiczne, świszczące i trące, przechodzące nawet w mruk koci. W naszym przypadku początkowo miękki, dmuchający szmer skurczowy nad koniuszkiem zamienił się w dalszym przebiegu na trący, który wyczuwał się czasami, jako mruk koci. Zdaniem Potaina, podobny podźwięk szmeru nieorganicznego spotyka się dość często, wskutek czego odmawia on mu rozpoznawczego znaczenia.

Do bardzo cechujących właściwości szmerów nieorganicznych trzeba zaliczyć ich zmienność. W przeciwieństwie do stałości szmerów organicznych, nieorganiczne powstają, znikają, zmieniają swoją siedzibę, czas powstania, podźwięk, nieraz z dnia na dzień, nawet podczas badania chorego. Podobną zmienność szmerów spostrzegaliśmy i w naszym przypadku. Siła i podźwięk szmeru nieraz zmienia się w zależności od zmiany położenia chorego. Lecz i pod tym względem niema zgody w zapatrywaniach różnych klinicystów. Według zdania jednych (Waldenburg[41]), Gutmann itd.), nieorganiczne szmery potęgują się w postawie stojącej chorego i słabną w położeniu leżącem; według innych (Hutchinson[5]), Düms[5]), Stokes[42]), Friedrich[41]) i inni) słabną one w położeniu stojącem i wzmagają się w leżącem. Zdaniem Potaina zmiana położenia leżącego na stojące często sprowadza powstanie szmeru nieorganicznego w sercu, zmiana zaś położenia leżącego na siedzące często prowadzi do ich osłabienia lub zniknięcia. Eichhorst, Szapiro, Czudnowski nie przywiązują wagi rozpoznawczej do tych zmian w charakterze szmerów przy różnych położeniach badanego. Według Bezsonowa nieorganiczne szmery koniuszkowe powstają przeważnie w położeniu leżącem, wzmagając się z podniesieniem nóg, więc w położeniu ze wzmożonem ciśnieniem wewnątrz-sercowem, a słabną lub znikają w położeniu stojącem i siedzącem; nieorganiczne szmery nad tętnicą płucną i główną powstają odwrotnie prawie wyłącznie w położeniu stojącem i siedzącem, słabną zaś i znikają w położeniu leżącem. W położeniu leżącem z podniesionemi kończynami dolnemi Bezsonow nie spostrzegał tych szmerów wcale; zdaniem więc tego autora, nieorganiczne szmery nad tętnicą płucną i główną powstają w tem położeniu, w którem ciśnienie krwi przedstawia się najmniejszem i znikają w położeniu, któremu towarzyszy najwyższe ciśnienie krwi. W naszych własnych spostrzeżeniach nieorganiczne szmery w przeważnej liczbie, jak to było i w przytoczonym przypadku, wzmagały się w położeniu stojącem i słabły w leżącem; organiczne zaś zachowywały się odwrotnie; różnicy między szmerami u koniuszka serca i nad tętnicą płucną, o której mówi Bezsonow, nie zauważyliśmy.

Zwracając się teraz do wpływu różnych okresów oddechania na siłę szmeru, muszę zaznaczyć, że zdania, wyrażone w piśmiennictwie, są pod tym względem tak sprzeczne, że nie uważam za możliwe korzystać z nich w różniczkowaniu. Co do naszego przypadku, to oddechanie nie wywierało żadnego wpływu na siłę szmerów.

Ważnym objawem odróżniającym szmery nieorganiczne od organicznych jest według Petera, Hucharda, Leofta[43]), Archarowa[44]) słabe przewodnictwo szmerów nieorganicznych. W przeciwieństwie do szmerów organicznych słyszą się one na przestrzeni ograniczonej; szmery zaś organiczne przenoszą się zwykle daleko. Według Archarowa szmery nieorganiczne, powstające z lewej strony mostka, nigdy nie słyszą się po jego stronie prawej i w ogóle szmery te znikają już w odległości 2—3 ctm. od miejsca swego największego natężenia. Nasze spostrzeżenia stwierdzają również, że szmery nieorganiczne odznaczają się słabem przewodnictwem: w przeważnej liczbie przypadków dość na bok przesunąć słuchawkę z miejsca, gdzie najsilniej występuje szmer, żeby się przekonać, jak szybko on znika. Podobne zachowywanie się spostrzegaliśmy z początku i u naszej chorej. Lecz wbrew twierdzeniu Archarowa, nie zawsze „mostek przedstawia prawie niepokonalną przeszkodę dla przewodnictwa szmerów nieorganicznych z lewej jego strony na prawą i odwrotnie“. Istotnie w naszym przypadku nieorganiczny szmer skurczowy nad koniuszkiem przez pewien czas przenosił się na znaczną przestrzeń, mianowicie w stronę lewą do tylnej linii pachowej, a w prawą do prawej linii mostkowej. Ponieważ jednocześnie u chorej spostrzegaliśmy znaczną rozstrzeń prawej komory serca i wzmożenie dru-

[5]) Przytaczam według Archarowa.

giego dźwięku nad tętnicą płucną, to oczywiście omawiany szmer zawdzięczał swoje powstanie względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej. Szmer, powstający tą drogą, nie różni się, rzecz prosta, od szmeru organicznego w rzeczywistej niedomykalności. Znaczne przewodnictwo szmeru nieorganicznego, powstającego na tle względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, stwierdzaliśmy i w innych spostrzeganych przez nas przypadkach. Uznając więc, że nieorganiczne szmery sercowe odznaczają się słabem przewodnictwem, muszę zaznaczyć, że te z tych szmerów, które powstają na drodze względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, przenoszą się przeciwnie na znaczną przestrzeń, zupełnie naśladując pod tym względem szmery organiczne.

Według Leubego i Eichhorsta szmery nieorganiczne różnią się wreszcie od szmerów organicznych tem, że im nie towarzyszy rozszerzenie i przerost serca. Sam Leube jednak pisze: „Co prawda, i tu zdarzają się wyjątki: niewielkie rozszerzenie prawego serca czasami spotyka się; przy szmerach przypadkowych, co jest zrozumiałem, ponieważ szmery te powstają czasami wskutek czynnościowego osłabienia mięśni brodawkowatych *(m. papillares)* serca; wskutek tego, krew podczas skurczu lewej komory musi nieodwołalnie powracać do lewego przedsionka, co nie może nie pociągnąć w następstwie rozszerzenia lewego przedsionka i prawego serca. Lecz znaczniejsze rozszerzenie, zwłaszcza zaś znaczny przerost serca nie towarzyszą szmerom przypadkowym. To samo stosuje się i do mruku kociego *(frémissement cataire)*, który wyczuwa się w okolicy koniuszka serca, oraz do wzmożenia drugiego tonu tętnicy płucnej". Z tem zdaniem Leubego zgodzić się nie mogę. Nasz przypadek i inne spostrzeżenia w naszej klinice lekarskiej świadczą, że szmerom nieorganicznym może towarzyszyć znaczne rozszerzenie prawej komory serca i wzmożenie drugiego dźwięku tętnicy płucnej bez żadnych zmian anatomicznych w zastawkach. To są właśnie te szmery nieorganiczne, które powstają na tle względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Wreszcie szmery nieorganiczne nieraz słabną i nawet znikają, jak wykazują nasze spostrzeżenia, po zastosowaniu środków sercowych (naparstnica, gorzykwiat i t. d.); szmery organiczne przeciwnie pod wpływem tych środków w przeważnej liczbie przypadków jeszcze się wzmagają.

Jeśli teraz streścimy wszystko, co powiedziałem, to łatwo dochodzi się do wniosku, że nie mamy żadnego objawu patognomonicznego, na podstawie którego możnaby było zawsze odrazu rozstrzygnąć, czy szmer jest pochodzenia organicznego, czy też nieorganicznego. Najwięcej cechującymi objawami szmerów nieorganicznych są następujące: słabe przewodnictwo w większości przypadków, występowanie tylko podczas skurczu, najczęstsze usadowienie się nad tętnicą płucną i nad koniuszkiem serca, zmienność, wreszcie wzmaganie się w położeniu stojącem i słabnięcie w leżącem (w większości przypadków). Badając chorego we wszystkich tych kierunkach, otrzymujemy najczęściej dostateczną podstawę dla prawidłowej oceny szmerów; w niektórych jednak przypadkach, przedewszystkiem w razie względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, prawidłowe rozpoznanie wymaga dłuższego i ścisłego spostrzegania chorego. Podawana przez niektórych ta różnica tych szmerów, że przy słabszem naciskaniu słuchawką klatki piersiowej występuje ton, przy silniejszym zaś ucisku szmer go zagłusza, nie zawsze pomaga rozpoznaniu, w niektórych bowiem razach szmer jest natyle szorstki i silny, że jakkolwiek zastawka dwudzielna wydaje podczas skurczu lewej komórki ton, to jednak zostaje on zupełnie zagłuszony przez szmer, powstający wskutek względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Pismiennictwo. 1) Reyher: Beiträge zur Aetiologie und Heilbarkeit der perniciösen Anämie. (Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1886, Bd. 39). 2) Runeberg Deut. Arch. f. kl. Med 1887, Bd. 41. — 3) Eichhorst: Lehrbuch der speciell. Pathol. u. Therapie. 5 Auflage. — 4) Ehrlich: Die Anämie. Nothnagel's speciell. Pathol. u. Therapie. 1900. Bd. VIII. 5) Schaumann: Zur Kenntniss der sogenannten Botriocephalus-Anamie Berlin. 1894 — 6) Heller: Ziemssen's Specielle Pathol u. Therap. Bd. VII. H. 2. — 7) Biermer: Correspondenzblatt für schweizeriche Aerzte. 1872. Bd. XI. Nr. 1. — 8) Hayem: Du sang. Paris. 1889. — 9) Laache: Die Anämie. Christiania. 1883. — 10) Biegański: Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Warszawa. 1896. — 11) Biernacki: Badania nad składem chemicznym krwi w stanach chorobowych i w szczególności w stanach anemicznych. (Gazeta lekarska. 1893. Nr. 32—36). — 12) Jellinek: Ueber Färbekraft und Eisengehalt des Blutes. Wien. kl. Wochenschr. 1897, Nr. 33 i 47. — 13) Hladik: Untersuchungen über den Eisengehalt des Blutes gesunder Menschen. (Wien. kl. Wochenschrift. 1898. Nr. 4. — 14) Jellinek und Rosin: Zeitschr. f. kl. Medic. 1900. Bd. 49. H. $^{1}/_{2}$. — 15) Bard: La specifité cellulaire; przytaczam według Malleta: Des variations de varité de l'hémoglobine et de leur valeur clinique. Diss. Genéve. 1901.—16) Körmöczi: Deut. med. Wochenschr. 1902, Nr. 1. — 17) Strauss und Rohnstein: Die Blutzusammensetzung bei den verschiedenen Anämieen. Berlin. 1901. — 18) Hammerschlag: Ueber Blutbefunde bei Chlorose. (Wien. med. Presse. 1894. Nr. 27. — 19) Lazarus: Blutbefund bei perniciöser Anamie (Deut. med. Wochenschr. 1896, Nr. 23 (V. 13). 20) Szapiro: Heilung der Biermer'schen perniciösen Anämie durch Abtreibung von Botriocephalus latus. (Zeitsch. für klin. Med. 1887, Bd. XIII). — 21) Wilczur: Zur Pathogenese der progressiven perniciösen Anämie. (Deut. med. Wochensch. 1893; również «Bolnicznaja Gazeta Botkina« 1892, Nr. 26—28 (Po powodu odnogo słuczaja złokaczestnenago progressiwnago małokrowija). — 22) Martynow: K woprosu o glistach. Wracz. 1893, Nr. 49. — 23) Birula: K woprosu ob izmienienijach centralnoj nerwnoj sistemy pri złokaczestwienom narostajuszczom małokrowii. (Wracz. 1894, Nr. 11—12). — 24) Jawein: Słuczaj glistnago złokaczestwienago progressiwnago małokrowija. (Bolnicznaja Gazeta Botkina 1900, Nr. 30) — 25) Wierjużski: K uczeniu ob izmienienijach krasnych krowjanych telec pri złokaczestwienom małokrowii i niekotorych drugich tjażkich bolezujach krowi. (Wracz. 1889, Nr. 39—40) — 26) Dehio: Wissenschaftl. Verhandlungen der Dorpater medic. Facultät. Sitz. am 27/II 1892. (Petersburg. med. Wochensch. 1892, Nr. 12; również Nr. 23—27). Ekkert: Słuczaj glistnoj anemii. (Bolnicznaja Gazeta Botkina, 1893, Nr 35). — 28) Neubecker: Botriocephalus-Anämie ohne Botriocephalen. Inaugural. Diss. Königsberg. 1898. — 29) Wagner: K woprosu o glistach u stradajuszczych bolezujami żełudka i kiszek. (Wracz. 1893, Nr. 49). — 30) Potain: Lections cliniques (Maladies du coeur et leur traitement). — 31) Bezsonow: Materjały k woprosu o nieorganiczeskich serdecznych szumach. Rozprawa na stopień doktora medycyny. Petersburg. 1900 — 32) Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 1894. — 33) Eichwald: Patogenez i semiotika vazstrojstu krowoobraszczenija. Petersburg. 1891. — 34) Leube: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. Leipzig. 1889. — 35) Huchard: Les faux cardiaques (souffles cardiopulmonaires). (Le Bulletin médical 15/III 1896) — 36) Eichhorst: Rukowodstwo k fiziczeskim metodam izsledowanija wnutrenich bolezniej. 1893. — 37) Czudnowskij: Sposoby izsledowanija obszczich i wnutrenich bolezniej. Petersburg. 1887. — 38) Szapiro: O rozpoznawanii boleźniej sierdca i sosydow. Petersburg. 1888. — 39) Leyden: Klinische Vorlesungen. Prognose bei den Herzkrankheiten. 1889. — 40) Gutmann: Rukowodstwo k kliniczeskim metodom izsledowanija grudnych i briusznych organow. 1884. — 43) Przytaczam według Werjuższkiego: Dwa słuczaja nietipicznych poroka sierdca. Wracz. 1899, Nr. 17—18. — 42) Przytaczam według Szapiro: Materjały dla kliniczeskago izsledowanija diejatelności sierdca. (Wojenno-Medicinskij Żurnał 1881). — 43) Przytaczam według referatu we Wraczu. 1900. str. 1403. — 44) Archarow: O nieorganiczeskich szumach sierdca. (Wojenno-Medicinskij Żurnał. 1901).

IV. Wyciągi.

Prof. Hochhaus (Kolonia). **Zapalenie trzustki z następowym krwotokiem i obumarciem.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 2, 1903). Autor miał sposobność spostrzegać trzy przypadki tej choroby, z których pierwszy odnosi się do dobrze odżywionego silnego mężczyzny, cierpiącego od kilku lat na napadowe bóle żołądkowe. Nagle występuje silny ból brzucha, czkawka, wymioty i zaparcie stolca, ciepłota ciała prawidłowa, tętno bardzo przyspieszone, nikłe. Po zastosowaniu lodu i morfiny ustępowały początkowo objawy

cośkolwiek: ból brzucha umiejscowiony w okolicy żołądka i wymioty zmniejszały się, przyczem miało miejsce obfite wypróżnienie; w krótkim jednak czasie stan chorego znacznie się pogorszył i wśród ogólnego upadku sił nastąpił zgon w 13-tym dniu choroby. Początkowo rozpoznanie wahało się między zapaleniem otrzewnej a niedrożnością jelit; skoro jednak ostatnią wykluczono z powodu wspomnianego wypróżnienia, utrzymało się pierwsze, t. j. umiejscowione, ograniczone zapalenie otrzewnej, mogące mieć za punkt wyjścia okolicę żołądka lub też sąsiedztwo, aczkolwiek trudno było wytłomaczyć tę napadowo wzmagającą się bolesność brzucha i ogólny ciężki obraz chorobowy ograniczonem zapaleniem otrzewnej. Sekcya wykazała dawniejsze przewlekłe i świeże ostre zapalenie trzustki wraz z obumarciem tkanki tłuszczowej w gruczole samym, jakoteż w całej jamie brzusznej, nadto krwotok w okolicy trzustki z następowem lekkiem zapaleniem otrzewnej.

Również i w drugim przypadku rozpoczęła się choroba nagle wśród gwałtownych objawów ogólnego zapalenia otrzewnej: wielka bolesność brzucha, wymioty, czkawka, podniesiona ciepłota ciała i drobne, przyspieszone tętno. I tutaj po zastosowaniu lodu i morfiny nastąpiła początkowo nieznaczna poprawa, a bolesność wyraźnie ograniczyła się do okolicy podpępkowej. Po kilku dniach gwałtowne objawy wzmogły się z większem jeszcze natężeniem, kładąc kres życiu chorego w 17 dniu choroby. Rozpoznanie tu mogło być jeszcze za życia chorego uczynione z przybliżoną prawie pewnością, albowiem do znamiennych i ograniczonych bólów dołączyły się jeszcze w piątym dniu choroby, jako niezbite oznaki zapalenia trzustki, zmiany w moczu w postaci cukru, acetonu i kwasu aceto-octowego — objawy, które aż do końca choroby się utrzymywały, przemawiające wprost za rozpoznaniem. Badanie pośmiertne stwierdziło całkowite obumarcie trzustki skutkiem krwotoku w samymże gruczole i jego okolicy, nadto rozległe obumarcie tkanki tłuszczowej.

Co się tyczy trzeciego przypadku, to wprawdzie sekcyi nie wykonano, atoli przebieg choroby był tutaj tak rażąco podobnym do przebiegu w poprzednich, że autor nie waha się go do działu zapaleń trzustki zaliczyć.

Otóż na zasadzie tych trzech przypadków omawia Hochhaus rozpoznanie, etyologię i leczenie zapalenia trzustki. Najgłówniejszymi więc i w rachubę wchodzącymi objawami byłyby: gwałtowny ból w okolicy trzustki, pewien opór lub też wyraźny obrzęk w tem miejscu i cukromocz, rzadko jednak zarysowują się te objawy razem, a w większości przypadków pojawia się tylko sama bolesność, która może także przypominać kolkę żółciową, niedrożność jelit lub ograniczone zapalenie otrzewnej z przedziurawieniem kiszki. Autor jednak sądzi, że myśl o możliwości choroby trzustki, cokolwiek baczniejsza uwaga i wyrobiony zmysł spostrzegawczy mogą już na zasadzie samych tylko bólów niezawodnie uchronić od omyłki.

Przechodząc do etyologii, wykazuje statystyką z ostatnich lat cały szereg czynników usposabiających: w pierwszym rzędzie sprawy zapalne w drogach żółciowych, w dwunastnicy i żołądku; znaczną rolę odgrywają nadużycie wyskoku, otyłość, ciąża i nadmiar pracy fizycznej, jakkolwiek w wielu przypadkach zapaleń trzustki nie można wykazać wyraźnego związku między wyżej wyliczonemi przyczynami, a samą chorobą; w innych znów brak wprost przyczyny skłania do przypuszczenia, że istota chorobotwórcza drogą naczyń krwionośnych dostała się do trzustki.

Leczenie w pierwszym gwałtownie przebiegającym okresie może być czysto objawowe, za czem też przemawiają przytoczone przypadki; w piśmiennictwie podane są przypadki, w których takie postępowanie sprowadziło całkowite wyleczenie. Zabieg jednak chirurgiczny i to w początkach choroby może tylko przyspieszyć zgon chorego z powodu jego wielkiego ogólnego osłabienia; w dalszym atoli przebiegu, skoro przyszło do wytworzenia się ropnia lub obumarcia, wówczas jedynie operacya może sprowadzić pomyślny wynik.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze-Kraków).

Prof. Mikulicz. **Chirurgiczne doświadczenia nad rakiem jelit.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2, 1903). W ciągu 11 lat spostrzegł M. w klinice wrocławskiej 3 przypadki mięsaka jelit, 2 przypadki mięsaka kiszek, 1 przypadek śródbloniaka poprzecznicy, 5 przypadków raka jelit i 95 przypadków raka kiszek u 80 mężczyzn i 26 kobiet. Najmłodsza chora miała lat 16, najstarszy chory powyżej 80. Najczęściej spostrzegał to cierpienie u chorych w wieku od lat 50 do 59. Rak najczęściej usadawia się w zagięciu esowatem, potem w jelicie ślepem. W przebiegu klinicznym wyróżnić można 3 okresy: *a*) okres utajenia trwa od $1^1/_2$ do 3 lat; *b*) okres objawów początkowych, cechujący się ogólnymi objawami ze strony narządu pokarmowego, jak objawami ograniczonego zapalenia otrzewnej, przypadkowem wykryciem guza, lub też przypadami zwężenia jelit, ich niedrożności ostrej lub przewlekłej; *c*) okres objawów klinicznych zasadza się właściwie na stwierdzeniu objawów, w okresie *b*) wymienionych i na uczynieniu na ich podstawie prawdopodobnego rozpoznania. Ściśle jednak odróżnić należy chorych z objawami ostrej i przewlekłej niedrożności jelit. Ci ostatni są bez porównania wytrzymalsi na różne zabiegi chirurgiczne, podczas gdy u pierwszych ograniczyć się należy do koniecznego *minimum* (kolostomia!) Na tej podstawie dzieli M. cały swój materyał kliniczny na 2 grupy, z których pierwsza obejmuje 23 przypadki, druga 83. W grupie pierwszej śmiertelność dość znaczna: na 23 przypadki umiera (bezpośrednio) 11, zdrowieje 12 i to tem pewniej zdrowieje, czem niżej usadowił się uciskający jelito nowotwór; 14 razy znaleziono przeszkodę w zgięciu esowatem, z tych tylko 3 zmarło: 9 razy rak usadowił się wyżej i z tych przypadków 8 skończyło się śmiercią. Również spostrzeganie tych 23 przypadków nauczyło M., że najlepsze widoki wyzdrowienia ma ten chory, u którego, operując, ograniczono się do koniecznego *minimum*, t. j. do założenia kolostomii. Operacyę tę wykonać można w znieczuleniu miejscowem, nacinając powłoki brzuszne przedewszystkiem ponad lewym więzem Pouparta, a dopiero, gdy tu nie znajdziemy jelita rozdętego, zabieg powtórzyć trzeba ponad prawą okolicą pachwinową. W przypadkach, połączonych z objawami przewlekłego zwężenia jelit, mamy większy wybór metod operacyjnych, możemy wykonać operacyę doszczętną, lub ograniczyć się do założenia enteroanastomozy z częściowem lub całkowitem wykluczeniem pętli nowotworem zajętej, lub wreszcie poprzestać na założeniu kolostomii. Stosunki miejscowe, stan ogólny chorego, wreszcie doświadczenie i temperament operującego rozstrzygają w wyborze metody. M. w klinice w odpowiednich przypadkach 17 razy nie operował wcale; 7 razy wykonał laparotomię próbną; 6 razy wykonał kolostomię; 16 razy wykonał enteroanastomozę z wykluczeniem jelita (zmarło 3); 21 razy wykonał resekcyę jednoczasową (zmarło 9); 16 razy wykonał resekcyę dwuczasową (zmarło 2).

W powyższem zestawieniu uderza znaczna różnica śmiertelności po resekcyi jednoczasowej i dwuczasowej. Po pierwszej wynosi ona 42·9%, po drugiej 12·5%. Składa się na to częste zapalenie otrzewnej i zapad po pierwszej metodzie, których uniknąć można po drugiej. Resekcya dwuczasowa od czasu do czasu wykonywaną była przez różnych chirurgów (Schede, Gussenbauer, Maydl, Volkmann itd.), dopiero jednak jak się zdaje pierwszy Oskar Bloch zalecił ją, jako metodę. M. przyjmuje metodę tę jako zasadniczą dla wszystkich przypadków nowotworów kiszek (grubych). Przez ranę laparotomijną wydostaje na zewnątrz dotyczącą pętlę wraz z wyresekowaną krezką przyszywa do błony surowiczej powłok brzusznych, zamyka resztę jamy brzusznej i zwykle na temsamem posiedzeniu odcina pętlę schorzałą, tworząc w ten sposób rzyć sztuczną. Po 2—3 tygodniach zapomocą swego enterotrybu zamienia rzyć na przetokę kałową, którą następnie szwami zamyka. Nowotwory jelit (cienkich) resekuje jednoczasowo, chyba że operuje wśród napadu ostrej niedrożności. W przypadkach guzów kątnicy indywidualizuje, czyniąc wybór metody zależnym od warunków ogólnych i miejscowych. Po operacyi doszczętnej na 20 przypadków śledzonych przez dłuższy czas, zmarło 9 skutkiem nawrotu cierpienia po $5^1/_2$ latach do $3^1/_2$ miesiącach (przeciętnie po 15 miesiąca h), 1 żyje z nawrotem (13 m. po operacyi), 10 żyje bez nawrotu od $9^1/_2$ lat do $^1/_4$ roku. Ogółem 5 żyje dłużej, niż 4 lata bez nawrotu. Po kolostomii długość życia, licząc od pierwszych objawów chorobowych, wynosiła 3 lata i 6 miesięcy, licząc zaś od chwili operacyi 1 rok i 9 miesięcy. Po enteroanastomozie odpowiednie liczby wynoszą 1 rok i $6^1/_2$ miesięcy, względnie $8^1/_2$ miesięcy. W przypadkach nieoperowanych chorzy ulegają swemu cierpieniu po 12 miesiącach *Herman.*

Kapsammer. **Przyczynek do nauki o nowotworach gruczołu krokowego.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 5, 1903). U chorego 40-letniego powstała nagle niemożność oddawania moczu, która trwała przez 4 tygodnie. Powód jej był niewiadomy; badanie gruczołu krokowego nie wykazało nic nieprawidłowego. Po 4 tygodniach zauważono nieznaczne powiększenie gruczołu krokowego, a po czterech miesiącach od rozpoczęcia się zatrzymania moczu gruczoł krokowy stał się znacznie powiększony, płat prawy dochodził wielkości jaja kurzego, był twardy; lewy również powiększony, lecz nieco miększy: przy ucisku, nieco bolesnym, wydobywała się z cewki ropa, zmięszana z krwią. Guz ten powiększał się bardzo szybko, wystąpiły silne bóle w krzyżach, osłabienie czynności jelit. Chory nie chciał się dać operować. Z moczem przez cewkę poczęły odchodzić kawałki, których badanie histologiczne wykazywało mięsaka. Guz rósł, chory słabł, w końcu umarł. Autopsya wykazała zropiałego mięsaka gruczołu krokowego z naciekiem części sterczowej cewki moczowej i z przebiciem do niej, ropienie nerek, przerzuty w płucach. Najbardziej zajmującem w tym przypadku było zupełne zatrzymanie moczu w czasie, kiedy badanie przez odbytnicę nie wykazywało żadnego powiększenia gruczołu krokowego, a cysto-

skopia najmniejszych zmian w pęcherzu, któreby to zatrzymanie moczu usprawiedliwić mogły. Autor przypuszcza, że podobnie jak w śródmiąższowem zapaleniu gruczołu krokowego powodem tego jest zaburzenie w unerwieniu zwieracza szyjki pęcherza. A więc zatrzymanie moczu (niemożność oddawania) może być pierwszym objawem nowotworu gruczołu krokowego. Badanie histologiczne wykazało mięsaka drobnokomórkowego z licznemi wyspami chrząstki szklistej: mięsak chrzęstniakowaty (*sarcoma enchondromatodes*), dotychczas, jako nowotwór gruczołu krokowego, nie opisany. *B. Żmigród.*

A. Nuthall i J. Emanuel. **Rozlane zwyrodnienie rakowe żołądka i jelit.** (*The Lancet*, 17 stycznia, 1903 r.). Autorowie spostrzegali nieopisane dotąd w piśmiennictwie zajęcie dróg trawiennych, mianowicie rozlany nowotwór złośliwy żołądka i jelit. Spostrzeżenia te tyczą się trzech chorych, u których wykryto obszerne zmiany rakowate w znacznej części przewodu pokarmowego. Żołądek we wszystkich trzech przypadkach miał wejrzenie *»leather-bottle stomach«*, przyczem u dwóch chorych cały żołądek był skurczony, zgrubiały, jakby „skórzany“: u trzeciego zaś takie zmiany wystąpiły tylko w odźwiernikowej części żołądka. Nacieczenie nowotworowe zajęło również jelita cienkie i grube; zaczynało się od miejsca przymocowania krezki i przechodziło w stronę przeciwległej, wolnej ściany jelita w różnym stopniu: w niektórych razach ściśle okalając jelito, w innych — zajmując zaledwo nieznaczną część tego narządu od krezki. Jeżeli nowotwór nacieczeniem zajmował całą ścianę jelitową, to w każdym razie największej grubości dosięgał koło brzegu krezkowego i stawał się stopniowo coraz cieńszy w kierunku wolnego brzegu jelita.

Części przewodu pokarmowego, zajęte nacieczeniem rakowatem, w poszczególnych przypadkach były następujące: u pierwszego chorego odźwiernikowa część żołądka, kiszka cienka w kilku miejscach i okrężnica cała; kiszka ślepa była wolna od nowotworu. W drugim przypadku cały żołądek był zajęty, niektóre części jelita cienkiego i znów cała okrężnica: kiszka ślepa i tu pozostała wolna. Trzeci chory uległ nacieczeniu całego żołądka, w kilku miejscach jelit cienkich, całej okrężnicy, kiszki ślepej i odbytnicy. Do okrężnicy we wszystkich przypadkach, oraz do kiszki ślepej i prostej w ostatnim przypadku, można było w zupełności zastosować nazwę kiszek „skórzanych“.

U wszystkich chorych nowotwór przechodził na pewnej przestrzeni pomiędzy obiema warstwami krezki; w trzecim przypadku krezka kątnicza (*mesocoecum*) i więzadło żołądkowo-wątrobowe również były zajęte. Sieć wielka, oraz gruczoły krezkowe i zaotrzewnowe były wolne we wszystkich trzech przypadkach. U jednego z chorych podstawa pęcherzyka żółciowego była nacieczoną rakowato na grubość $^1/_8$ cala: tensam chory miał niewielki przerzut w jednej nerce. Poza tem więcej żadnych przerzutów nie spostrzegano u omawianych chorych. Owrzodzeń błony śluzowej nie było ani w żołądku, ani w jelitach. Następstwem tego rozległego zwyrodnienia nowotworowego były zwężenia w różnych miejscach przewodu pokarmowego, zwykle wielorakie. Pierwszy chory zmarł na przedziurawienie kiszki ślepej poza zwężeniem okrężnicy wstępującej; w drugim przypadku dokonano gastrojejunostomii z powodu zwężenia odźwiernika; w trzecim wahano się, czy zrobić gastrojejunostomię wobec zwężenia odźwiernika, czy kolotomię pachwinową z powodu zwężenia odbytnicy; zatrzymano się w końcu na ostatniej operacyi, lecz oględziny pośmiertne wykazały, że niemniej potrzebny był zabieg chirurgiczny na żołądku; zresztą zwężenia były tu nietylko w odźwierniku i odbytnicy, a także w kiszce ślepej, oraz w zagięciu wątrobowem i śledzionowem. Chorzy dzielili się co do płci i wieku w sposób następujący: jedna kobieta 27 lat i dwóch mężczyzn 38 i 56 lat. Objawy za życia były nadzwyczaj nieokreślone: w pierwszym przypadku występowała przeważnie niedokrwistość, osłabienie, oraz bóle w brzuchu z przestankowym kolkowym charakterem w ciągu 12 miesięcy; ostatnie bóle znacznie się wzmogły; rozpoznano ogólne zapalenie otrzewnej; chora zmarła w czasie operacyi (laparotomia) wskutek uduszenia się wymiocinami. W drugim przypadku wobec wybitnych bólów w nadbrzuszu i wymiotów przypuszczano istnienie wrzodu żołądka; przeciąg choroby liczono przeciętnie na trzy miesiące; zrobiono gastrojejunostomię; rzeczywiście zwężenie odźwiernika miało miejsce; śmierć nastąpiła na trzeci dzień po operacyi wskutek wycieńczenia. Trzeci chory miał przewlekłe zaparcie stolca z bólami w brzuchu i rozdęciem jego; stwierdzono obecność puchliny brzusznej; przypuszczano włókniste zwężenie odbytnicy i nowotwór złośliwy żołądka: choroba trwała 8 miesięcy; zrobiono kolotomię; śmierć nastąpiła po trzech tygodniach wskutek wycieńczenia; stwierdzono liczne zwężenia. Charakter drobnowidowy nowotworów we wszystkich trzech przypadkach był w głównych zarysach jednakowy i różnił się tylko w drobniejszych szczegółach. Guzy były rakami gruczolakowatymi, wychodzącymi z głębszych warstw błony śluzowej i podlegały zwyrodnieniu klejowatemu (*Colloidkrebs*). Nowotwór występował w postaci bardzo grubej warstwy bez przerw w błonie podśluzowej, oraz w postaci drugiej cieńszej warstwy, lecz również ciągłej, w błonie podsurowiczej; obie te warstwy były połączone rakowatemi pasmami różnej grubości. Zwyrodnienie klejowate w różnych miejscach przechodziło rozmaite stopnie; wogóle najwięcej było wyrażone w warstwie podsurowiczej. Obraz drobnowidowy guzów został opisany bardzo szczegółowo. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Kozłowski. **Przypadek operacyjnego leczenia puchliny brzusznej w marskości wątroby zanikowej.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 48—50). Autor opisuje przypadek wyleczenia puchliny brzusznej w zanikowej marskości wątroby zapomocą operacyi Talma. Chory, w wieku lat 45, krawiec, wstąpił do szpitala z znaczną puchliną brzuszną i obrzękami kończyn dolnych, oraz moszny: w 22 roku życia przebył kiłę, na którą leczył się wcieraniami. Badanie podmiotowe wykazało znaczne zwiększenie obwodu brzucha, płyn wolny w jamie brzusznej, powiększenie śledziony, wzdłuż środkowej linii ciała i w bocznych okolicach brzucha występowało przez powłoki kilka rozszerzonych żył. Leczenie kalomelem, jodkiem potasowym, gorzykwiatem wiosennym, roztworem octanu potasowego i innymi środkami było bezskuteczne. Po upływie 11 dni, wobec ogromnych rozmiarów brzucha wykonano nakłócie i wypuszczono 15 litrów płynu surowiczego, o ciężarze właściwym 1,007, zawierającego 2% białka. Po 17 dniach wypuszczono znowu 14 litrów cieczy, o ciężarze 1,007, z 1,3% białka. Następne nakłócie wykonano po upływie 18 dni i wypuszczono 14 litrów. W 4 dni po tem nakłóciu wykonano operacyę Talma: po rozcięciu powłok brzusznych między pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym wypuszczono z jamy brzusznej 6—7 litrów cieczy; sieć z silnie rozszerzonemi żyłami wyjęto z jamy brzusznej i przymocowano do otrzewnej ściennej trzema szwami jedwabnymi w górnym i dwoma w dolnym odcinku rany; ranę zaszyto jedwabiem. Ponieważ w jamie brzusznej zostało się dość dużo płynu, natychmiast po operacyi wykonano znowu nakłócie brzucha, przyczem wypuszczono prawie 10 litrów cieczy. Po operacyi dobowa ilość moczu zaczęła powoli zwiększać się (z 200—400 do 2000—2500 sz. ctm.); pomimo tego płyn w jamie brzusznej nagromadzał się tak, że zaszła kilkakrotnie potrzeba wypuszczać go: przy pierwszem nakłóciu (w 10 dni po operacyi) wypuszczono 9 litrów, przy drugiem (po upływie następnych 11 dni) 13,5 litrów, przy trzeciem (po 17-tu dniach) 17,8 litrów, po 22 następnych dniach 19, po 18, 19, po 13 następnych dniach 14,2, wreszcie, po 16 następnych dniach 15,2 litrów. Po tem nakłóciu chory przebył w szpitalu jeszcze 174 dni. Płyn w jamie brzusznej nagromadzał się jeszcze w ciągu jednego miesiąca, a następnie zaczął zmniejszać się, jakkolwiek chory nie zażywał żadnego leku. Przy opuszczeniu szpitala płynu w jamie brzusznej było bardzo niewiele. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Janowskij. **Rozpoznawcze znaczenie odlewów oskrzelowych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 49). Odlewy włóknikowe są, jak wiadomo, cechujące dla włóknikowego zapalenia płuc i oskrzeli. Janowskij (Kijów) przytacza spostrzegany przez siebie przypadek osoby chorej na organiczną wadę serca (niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie lewego ujścia żylnego), w której w 2 dni po zawale krwotocznym płuc wykrył w plwocinie skrzepy oskrzelowe; zawał wystąpił 2 razy i każdorazowo plwocina po nim wykazywała skrzepy w ciągu całego tygodnia. Skrzepy makroskopowo i pod względem składu chemicznego nie różniły się od odlewów włóknikowych, spotykanych w włóknikowem zapaleniu oskrzeli i płuc. Drobnowidowo zaś wejrzenie ich różniło się od odlewów, towarzyszących zapaleniu płuc, większą grubością włókien, równoległym ich kierunkiem i małą ilością substancyi, sklejającej oddzielne włókna; od odlewów zaś, towarzyszących włóknikowemu zapaleniu oskrzeli, różniły się one tem, że nie wykazywały budowy warstwowej. Skrzepy oskrzelowe w plwocinie w przebiegu chorób serca spostrzegali również Degen, Bernouille, Hampeln, Escherich i Starck. Wobec tego, że powikłanie z zawałem krwotocznym płuc było tylko w przypadku Starcka J. nie przypuszcza, żeby odlewy oskrzelowe w tych przypadkach powstawały wskutek wylewu krwi do oskrzeli i jej krzepnięcia; dopatruje on przyczynę odlewów w możliwej zmianie składu cieczy, która w zaburzeniach krwiobiegu, wikłających choroby serca, wylewa się do oskrzeli. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

H. Thomson. **W sprawie przetok sztucznych między pęcherzykiem żółciowym a jelitem.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 3). Na podstawie doświadczenia własnego i zebranego z piśmiennictwa przychodzi T. ostatecznie do wniosku, że guzik Murphyego nadaje się doskonale do zakładania tego rodzaju przetok. *Herman.*

* * *

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dreesman (Kolonia). **O merkurolu.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 5, 1903). Związek ten rtęci z kwasem nukleinowym przedstawia się w postaci brunatno-białawego proszku, łatwo w wodzie rozpuszczalnego. Pod wpływem okładów z 2% rozczynu merkurolu goiły się nader szybko wrzody goleniowe, takiżsam skutek wystąpił przy użyciu 2% maści merkurolowej. Nadmienić przytem należy, że nie zauważono żadnego ubocznego działania szkodliwego, np. wyprysku, zaczerwienienia lub t. p. Nawet przypadki, w których inne przetwory rtęci (*Hydrarg. praecip. alb.*, *Hydrarg. oxyd. rub.*) znacznie skórę drażniły, stosowanie 2% maści merkurolowej było bez najmniejszego działania ubocznego. Niemniej dobre były wyniki w wrzodach gruźliczych po użyciu proszku merkurolowego. Także w przypadkach zapaleń cewki moczowej okazały się wstrzykiwania 2% rozczynu merkurolowego nader skutecznemi: doświadczenie, oparte w tym kierunku na nieznacznej liczbie przypadków, jest wprawdzie skąpe, ale pod każdym względem zadowalniające; okoliczność tę potwierdza także Swinfords Ewards, używając nadto w rzeżączce cewki tylnej przepłókiwań rozczynem 1: 400. Clarence Martin stosuje do przeplókiwań rozczyn 1: 500 do 1000, a do wstrzykiwań również 2%—3%. Ostatni autor uważa merkurol za najlepszy środek przeciwrzeżączkowy.

Znakomite miały być wyniki w kile, co także potwierdza Ayres (Nowy-York), stosując nowy ten przetwór w 100 przypadkach kiły drugorzędnej. Dawka nie była stałą: u większej liczby chorych wystarczyło 0·05, 2 razy dziennie; u innych znów dochodziła jednorazowa dawka do 0·10 grm., która jednak wywoływała niekiedy zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (biegunka), zmuszające do zmniejszenia dawki. Smith, Sieight stosowali także merkurol w chorobach ocznych; z tych jednak skąpych spostrzeżeń nie można nic pewnego wysnuć. Zesumowawszy więc to wszystko, zaleca Hochhaus merkurol w następujących cierpieniach: *a*) w przypadkach wrzodów podudzia i innych przewlekłych owrzodzeń w postaci 2%—5% maści; *b*) w silnie ziarninujących ranach i wrzodzie miękkim, jako proszek lekko żrący; *c*) w tryprze — wstrzykiwania rozczynu 0·5%—2%; *d*) w kile — wewnętrznie w dawkach 0·05 do 0·10 dwa razy dziennie. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 4 marca 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Prof. Nowak. — Obecnych członków 35.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany, przyjęto.

II. Kol. Prof. Kader przedstawił i omówił następujące przypadki:

a) chorą po wyjęciu nerki z powodu gruźlicy;

b) chorego po operacyi nerki torbielowato zwyrodniałej ze zwężeniem moczowodu. U chorego tego wykonał prelegent rozcięcie nerki i plastykę moczowodu;

c) chorego po wyjęciu z kości czołowej guza wielkości duże pięści. Guz okazywał utkanie wola (Demonstracya preparatów drobnowidowych i fotografii);

d) omówił dwa przypadki rozległego ropienia wewnątrzczaszkowego, wychodzącego z ucha środkowego;

e) chorego po wyjęciu kostniaka z przewodu usznego. Operował prelegent w tym przypadku cięciem własnem;

f) chorego po usunięciu i plastycznej operacyi ucha z powodu żółciołojaka (cholesteatoma);

g) chorego po operacyi nawrotów mięsaka jądra;

h) chorego po plastyce ucha zewnętrznego z powodu raka

III. Kol. Klęsk demonstrował chorą po wyjęciu guza z kiszki ślepej. Po operacyi okazało się że guz wspomniany jest wytworzony z nagromadzonych pestek ze śliwek.

IV. Kol. Gerżabek demonstrował chorego z ropnicą po ropnem zapaleniu stawu kolanowego z powodu urazu.

V. Kol. Prof. Kader demonstrował szereg przyrządów ortopedycznych, służących do leczenia schorzeń stawów, ścięgien i kręgosłupa.

W dyskusyi nad przedstawionymi przypadkami zabierali głos kol. Spira, kol. Prof. Browicz i kol. Prof. Kader, poczem uczestnicy posiedzenia udali się do zakładu ortopedycznego kliniki chirurgicznej, gdzie kol. Kader i Kirkor pokazali szereg przyrządów ortopedycznych i ćwiczenia gimnastyczne lecznicze, wykonane przez chorych, leczących się w zakładzie.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 11 marca 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Prof. Nowak. — Obecnych członków 40.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany, przyjęto.

II. Kol. Ozga przedstawił preparat włókniaka z zupełnem wynicowaniem macicy. Wynicowanie macicy powstaje najczęściej w III okresie porodowym bądź skutkiem pociągania za pępowinę, lub przez niezręczne wykonanie rękoczynu Credégo. Poza tem sprowadzają wynicowanie macicy włókniaki, wyrastające z jej wnętrza i jak polipy pobudzające ją do skurczów, przez co rodzą się potem do pochwy. W danym przypadku włókniak podśluzowy sprowadził całkowite wynicowanie macicy. Chora M. B., lat 40, rodziła 2 razy, ostatni raz przed 8 laty, na czasie, prawidłowo. Od 3 lat zauważyła częstsze pojawianie się miesiączki i krwawień, utrzymujących się niekiedy po 3—4 tygodni. Przed 2-ma laty przy wyważaniu drzewa doznała uczucia opadnięcia czegoś w brzuchu ku dołowi; straciła przytomność wskutek silnego krwawienia z części rodnych, które utrzymywało się przez 3 tygodnie. W pół roku po tym wypadku przy napieraniu na stolec wypadł jej guz z pochwy wśród krwawienia, które ustało po odprowadzeniu guza do pochwy przez samą chorą. Przy badaniu znaleziono u chorej, w wysokim stopniu niedokrewnej, guz wystający z pochwy, wypełniający ją całkowicie i ku górze coraz grubszy. Lejkowatego zagłębienia przez powłoki brzuszne nie można było stwierdzić. Guz wydobyto przez pochwę, wykonując w części rozkawałkowanie jego i otwierając najpierw od tyłu jamę Douglasa; potem pod kontrolą cewnika oddzielono pęcherz i otworzono otrzewnę od przodu. Więzadła okrągłe i trąbki podwiązano jedwabiem i między kikuty założono sączek z gazy jodoformowej, którą wytamponowano także pochwę. Guz ważył 1000 gramów. *(Autoreferat).*

III. Kol. Żeleński przedstawił przyrząd Prof. Maya, służący do czerpania i mięszania krwi w celu badania. (Rzecz przeznaczona do druku).

IV. Kol. Frączkiewicz wygłosił odczyt: »Leczenie tężca surowicą przeciwtężcową«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierał głos kol. Prof. Bujwid. Zwrócił on uwagę, że zakres leczenia tężca surowicą prawdopodobnie nigdy nie będzie wielki, chyba, że dadzą lepsze wyniki wstrzykiwania surowicy do opon. Natomiast wielkich korzyści należy się spodziewać po wstrzykiwaniach surowicy zapobiegawczych, za czem bardzo przemawiają doświadczenia na zwierzętach. Leczenie tężca wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej nie ma racyi bytu, gdyż jeżeli miałoby się osiągnąć jakiekolwiek wyniki, wstrzykiwaćby należało bardzo duże ilości, co technicznie jest niewykonalne.

V. Kol. Wrzosek wygłosił odczyt: „Rzut oka na dzieje medycyny polskiej w XIX stuleciu“. *Dobrowolski,* sekretarz doroczny.

VII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił

Dr. Batko.

Prof. Loos (Kair). *Historya naturalna bilharzyi.*

Wszystkie pasorzyty bilharzyi, znajdujące się w żyle bramnej, są bez wyjątku pasorzytami młodymi, gdyż osobniki dojrzałe, zdolne do rozmnażania się, spotykamy w żyłach miednicy mniejszej. Życie tych pasorzytów jest ograniczone: składają one w ścianach narządów wielką ilość jajek, które następnie zostają wydalane. To wydalanie może trwać dość długo, 10 lat i dłużej. Jedynem środowiskiem, sprzyjającem rozwojowi zarodków, jest woda i to na krótki przeciąg czasu. Liczne próby, aby zarodek otorbić w ślimakach, larwach owadów, rybach, różnych roślinach, całkiem zawiodły, jak również szczepienie bezpośrednie na zwierzęta. Różne doświadczenia wykazały, że zarodki bilharzyi giną w 2‰ kwasie solnym, jak również w soku żołądkowym. Dlatego też prelegent co do swej osoby jest przekonany, że bilharzya nie dostaje się do ustroju drogą przewodu pokarmowego, jak to powszechnie się przypuszcza, ale przez skórę. Przypuszczenie jego potwierdza ta okoliczność, że bilharzya dotyka przeważnie osoby, które wskutek swego zajęcia

wystawiają nogi na działanie brudnej wody. Dlatego ludzie z klas ubogich chorują częściej na bilharzyę, niż ludzie z klas zamożnych. mężczyźni częściej, niż kobiety, choć w niektórych okolicach, gdzie kobiety uczestniczą zarówno z mężczyznami w robotach ziemnych, w tymsamym stosunku są dotknięte bilharzyą, co mężczyźni.

Dr. Ruffer (Aleksandrya). *Patologia bilharzyi.*

Prelegent występuje przeciw teoryi przedostawania się bilharzyi przez skórę, ponieważ nie jest poparta żadnym niezbitym dowodem: brama wejścia bilharzyi nie jest jeszcze poznana, zmiany skórne są wyjątkowe w bilharzyi; Boerowie np., którzy często są dotknięci tą chorobą, nie trzymają przecież ustawicznie nóg w wodzie nieczystej. Co do rozwoju pasorzytów, to prelegent znajdował zawsze robaki w błonach śluzowych, lecz nie w naczyniach krwionośnych, ale w małych torebkach i w naczyniach chłonnych. Kamyki pęcherzowe na tle bilharzyi są rzadsze, niż je autorowie przyjmują: prelegentowi nie udało się dotąd znaleźć ani jednego jajka w środku kamyka.

Dr. Goebel (Aleksandrya). *Anatomia patologiczna bilharzyi.* Prelegent tak, jak Dr. Ruffer, znajdował zawsze pasorzyty w jamach nowotworowych i w naczyniach chłonnych. W każdym jednak razie zaznacza, że w trakcie operacyi w przypadku bilharzyi stwierdził we krwi znaczną liczbę robaków żywych. Miał częstą sposobność znajdowania bilharzyi w raku pęcherza i odbytnicy. Prelegent demonstruje odpowiednie preparaty anatomiczne.

Dr. Lortet (Lugdun). *Bilharzya.* Prelegent zaznacza, że zarodki bilharzyi obumierają natychmiast, skoro się zetkną z krwią, co świadczyłoby za przypuszczeniem Ruffera, że pasorzyty we krwi się nie znajdują.

Dr. Trekakis (Aleksandrya). *Etyologia bilharzyi.*

Przyznając, że kamyki na tle bilharzyi są rzadkie, T. sądzi, że nie w tym jednak stopniu, jak przypuszcza Ruffer; dodatnie badania mikroskopowe Zankarola zdają się przemawiać za tem. Dlaczego tak jest, łatwo to zrozumieć; felach (wieśniak) w Egipcie zużywa dziennie dwa gramy soli mineralnych: w takich warunkach wystarczy najmniejsze podrażnienie pęcherza, np. obecność bilharzyi, aby spowodować strącanie się soli i wytworzyć kamyk. Bilharzya zaś pęcherza jest w Egipcie niezawodnie najczęstszym objawem tej choroby. Sroży się ona widoczniej w Delcie Nilu, gdzie dotyka około 50% ludności rolniczej, niż w reszcie dolnego Egiptu, a przedewszystkiem w górnym Egipcie, co pozwala przypuszczać, że pasorzyt jest częstszy tam, gdzie woda jest brudna i stojąca.

Dr. Adamidi (Kair). *Ropień wątroby, mający swe źródło w bilharzyi.* Prelegent znalazł jajka bilharzyi w moczu, stolcu i ropie pewnego chorego, dotkniętego moczeniem krwawem, czerwonką i rozległym ropniem wątroby. Przypuszcza, że to jest pierwszy spostrzegany przypadek ropnia wątroby na tle bilharzyi, gdyż w piśmiennictwie nie znalazł opisanego podobnego przypadku.

Dr. Abd-el-Fatah Fehmy (Kair) leczył dziecko tygodniowe, dotknięte moczeniem krwawem, a badając mocz, znalazł jajka bilharzyi.

Dr. Kautzky bey (Kair). *Hematologia bilharzyi.*

Prelegent badał krew 108 chłopców, dotkniętych bilharzyą w wieku 8—18 lat. Niedokrewność, którą znajdował, cechowała się niestosunkiem odsetkowym hemoglobiny, która spadała do 45%, a ilością ciałek czerwonych, która nie schodziła poniżej czterech milionów, a nadto bardzo znaczną eozynofilią.

Dr. Wildt (Kair). *Bilharzya.* Rozwój bilharzyi w ustroju, według jego zdania, jest następujący: pasorzyty z żyły bramnej dostają się do drobnych żyłek końcowych dróg moczowych i dolnych części przewodu pokarmowego, gdzie znoszą jajka. Dzięki zakrzepow,i jajka przedostają się pod tkankę nabłonkową błon śluzowych, gdzie ulegają losowi wspólnemu wszystkim ciałom obcym i bywają bądź cierpiane i otorbiają się, wytwarzając nowotwory wielkości główki szpilki aż do polipa, a nawet wielkości guza, bądź też ustrój ich nie znosi i wydala zapomocą ropienia, ztąd powstają owrzodzenia, zwiększane jeszcze drażnieniem moczu i kału, oraz ostatecznie wytwarzają się przetoki.

Zmiany te znajdujemy w drogach moczowych od ujścia cewki do nerki i w przewodzie pokarmowym od odbytu do jelita grubego.

Dr. Milton (Kair). *Bilharzya z punktu widzenia chirurgicznego.* Bilharzya u kobiet dotyka przeważnie drogi moczowe, następnie narządy rodne, w szczególności narządy zewnętrzne i szyjkę macicy, wreszcie rzyć i kiszkę prostą. Jej wpływ na tkanki objawia się dwojako: bądźto niszczy tkankę (postać zanikowa), bądźto prowadzi do wybujałości (postać przerostowa). Pierwsza jest częstsza w drogach moczowych, druga w narządzch rodnych kobiety, jak równie w okolicy rzyci i kiszki prostej.

Dr. Ali Labib (Kair). *Przetoki na tle bilharzyi.* Przetoki na tle bilharzyi są w Egipcie bardzo częste. Prawda, że u kobiety znalazł prelegent tylko raz przetokę pęcherzowo-pochwową, za to rozporządza statystykę 940 przypadków przetok u mężczyzn, z których 10 było nadłonowych, 120 prącia, 800 mosznowych i międzykrocza, a 10 pęcherzowo-odbytniczych. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Z historyi trucizn i otruć.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

«O! moc to pełna cudów, co się mieści
W sokach ziół, krzewów, w martwej kruszców treści!»
(Szekspir).

Od najdawniejszych już czasów znane były ludzkości pewne substancye, których użytek był dwojaki: raz skuteczny w chorobach i przywracający zdrowie, drugi raz niszczący zdrowie i zadający śmierć. Przetwory te zwano lekami, a częściej jeszcze truciznami. Zacchiasz, protomedyk państwa kościelnego w XVI. wieku, wyraża się *„venena non solum appellantur medicamenta, quae occidunt, set etiam quae sanant“*, a jeszcze dosadniej, a zarazem poetycznie określa tę dwulicową naturę trucizn, a równocześnie i lekarstw, Szekspir, wyrażając się:

«W mdłym kwiatku, w ziółku jednem i tem samem
Ma nieraz miejsce jad wespół z balsamem«.

Że znajomość trucizn sięga początkiem w bardzo odległe przeszłością wieki, świadczą najdawniejsze mity i pomniki literackie. I tak mity starogreckie mówią o pokrytej pomrokiem tajemniczości Kolchidzie, krainie czarnoksięstwa, pozostającej pod berłem ponurej Hekaty, krainie, która miała być ojczyzną ziół, tak trujących, jak zbawczych dla zdrowia. W księgach indyjskich Ayur-Veda oświadcza Susrutas, ich autor, że leki w ręku biegłego stają się dla ludzi ambrozyą, w ręku partacza trucizną. Wymienia on leki, które chociaż objęte są nawet dzisiejszymi lekospisami, przecież w codziennem życiu znane są tylko pod mianem trucizny, n. p. arszenik. Dzieje medycyny starożytnej pouczają dowodnie, jak wybitną w niej rolę odgrywała nauka o truciznach; wszakżeż władcy Pontu, Pergamu i Egiptu, jak Mitrydates Eupator (124 przed Chr. — 64), Attalus III i Kleopatra, częścią z pobudek naukowych, a więcej z popędu do okrucieństwa lub obawy o własne życie, osobiście naukę tę uprawiali.

Doświadczenia swe z truciznami podejmowali oni na niewolnikach i rozkoszowali się widokiem wywołanych trucizną objawów, oraz śmierci. W ten sposób wypróbowane trucizny służyły im następnie do podstępnego pozbywania się niemiłych osób lub w niełaskę popadłych zauszników. Miarę tej podstępności określa dosadnie sposób, jakiego użyć miała Parysatis, siostra Kserksesa, przy otruciu swej synowej. Oto jak Baladyna Słowackiego kraje ona mięso nożem, którego jedną powierzchnię brzeszczotu powlekła wpierw trucizną, poczem podaje część mięsa zatrutą synowej, zaś część wolną od trucizny spożywa sama, dla tem pewniejszego uchylenia się przed podejrzeniami.

Niedostateczne podówczas i przez długie wieki następne aż do doby obecnej wiadomości o truciznach były powodem, że jak nie umiano na pewne rozpoznać otrucia za życia lub po śmierci, względnie wykazać poszczególnych trucizn w ustroju, niemi zatrutym, tak nie umiano w sposób właściwy otruciom zaradzić, mimo że w tym ostatnim wzglę-

dzie nie brak było usiłowań. Usiłowania te jednak skierowane były w błędnym kierunku znalezienia ogólnej odtrutki na wszelkie trucizny. Niezasłużoną sławę zjednała sobie wielce nawet przez całe wieki średnie wychwalana odtrutka, zwana „dryakwią“, mięszanina najróżniejszych leków i guseł, podana przez lekarza Nerona, Andromacha z Krety (w piśmie wierszowanem „περὶ τῆς θηριακῆς“). W Heladzie, w której obok poezyi i nauk, tak poważnie się rozwinęły i nauki lekarskie, dzielono trucizny wedle królestw przyrody, do których się zaliczały. Obok pryszczawki lekarskiej *(Cantharis vesicatoria)* i wężów jadowitych uchodziły n. p. za trujące, zwierzęta, jak ropucha, salamandra i rodzaj skorupiaka, zwanego zającem morskim *(lepus marinus)*. Za truciznę uchodziły krew z byka, zdaje się gnijąca, którą wedle żywotów Plutarcha miał być otrutym Temistokles, oraz miód heraklejski, zwany szałotwórczym, gdyż miał po spożyciu wywoływać silne podniecenie, jakiemu n. p. ulegli towarzysze Ksenofonta. I dziś wiemy, że miód zebrany z roślin trujących, n. p. z tojadu [1] *(Aconitum)*, może sprowadzić nawet śmiertelne zatrucie. Z trucizn roślinnych znano między innemi: pokrzyk (*atropa mandragora*) z jego nasennem działaniem [2]), który później, bo w wiekach średnich, dla dziwacznego kształtu swych korzeni zażywał wzięcia w kuchniach czarodziejskich jako ważny składnik cudownych maści i napojów miłosnych [3]); winnym nastojem pokrzyku, pozostawionym rozmyślnie na łup, pogrążył w sen wódz kartagiński Maharbal [4]) zastępy dzikich ludów starożytnej Afryki. Tojad (*aconitum napellus)*, równoznaczne z *toxicum*, czyli trucizną do zatruwania strzał [5]), który wedle mitu greckiego [6]) wyrósł z jadu sączącego się z paszczy Cerbera, gdy go Herkules z polecenia Eurysteusa wydobył z Tartaru na światło dzienne, używanym był podobnie jak sok z ciemiernika (*helleborus*) do zatruwania strzał. Zimowitu (*colchicum*) używać miała czarodziejka Medea z Kolchidy (zkąd jego nazwa) do przyrządzania swych trucizn. Znane było powszechnie odurzające działanie lulka i bieluniu, a smarowaniu maściami z bieluniu przypisuje Gmelin obłędy nagminne u kobiet wieków ubiegłych, które jako czarownice ogniem, mieczem i torturami zabijano, zamiast leczyć jako zatrute. Poeta Nikander (136 przed Chr.) opisał już wcale dokładnie obraz otrucia zapomocą makowca, a któż nie zna klasycznego opisu otrucia pietrasznicą (*conium*), jaki podaje Plato, omawiając śmierć otrutego nią Sokratesa! O ile świat zwierzęcy i roślinny, jako na powierzchni ziemi rozpostarty, był łatwo dostępny ludom starożytnym tak, że mogły łatwo korzystać z jego „mocy, pełnej cudów“, o tyle ukryte w nie tak jak dzisiaj rozkopywanem wnętrzu ziemi bogactwa mineralne dostarczały daleko mniej przetworów trujących, a jednak już w Heladzie znano siarczek arsenu, o którym Pedanius Dioskorides (50 r. po Chr.) pisze, że wznieca gwałtowne bole żywota i nadżera trzewia. Znano również trujące własności cynobru i cerusy. Z tem wszystkiem najbardziej zdumiewać musi, że kapłani starożytnego Egiptu znali [7]) już kwas pruski, wyrabiany z jąder pestek brzoskwini, którym truli swych członków, zdradzających tajemnice zawodu; zdumiewać musi tem bardziej, że ta modna dzisiaj trucizna nie była znaną jeszcze w początkach zeszłego wieku, skoro tak poważny toksykolog, jak Gmelin [8]), zapytuje się naiwnie, czyby olejek gorzkich migdałów lub mleko ugotowane z liśćmi brzoskwini miało działać trująco?

W starożytej Heladzie rozporządzanie truciznami należało do państwa i nikomu nie wolno było użyć trucizny nawet na sobie bez pozwolenia władzy. Obywatel, który sprzykrzył sobie życie, zgłaszał się do władzy, podawał powody niechęci swej do życia, a gdy władza uznała je za dostateczne, otrzymywał pozwolenie na spełnienie kubka z napojem z pietrasznicy. Mimo to jednak nosili podług Plutarcha Demostenes i inni współcześni mu mężowie truciznę pod kamieniem w pierścieniu, aby w razie potrzeby módz sobie szybko odebrać życie. Tenże Plutarch i Liwiusz podają, że i Hannibal, gdy się schronił do króla Bitynii, a miał być wydany konsulowi Flamminikowi, odebrał sobie życie trucizną, którą ukrywał w pierścieniu. W Marsylii, osadzie focyjskiej, obowiązywało podobne prawo, a jeźli ktoś popełnił samobójstwo bez zezwolenia władzy, pozostawiał po sobie zhańbioną pamięć, a dzieci jego traciły prawo dziedziczenia po nim majątku. Tak w Grecyi, jak i w Egipcie, wydarzały się otrucia w części jako nieszczęśliwe zdarzenia, w części jako samobójstwa lub morderstwa, w części wreszcie jako wymiar kary ze strony państwa.

Rzym starożytny przejmując sztuki i nauki od Grecyi, przejął od niej także i znajomość trucizn, których zastosowaniem w celach zbrodniczych przeszedł rychło swą mistrzynię. I tak już w r. 332 za konsulatu Claudiusa Marcella i Tytusa Waleryusza [9]) odkryto spisek 170 dam z arystokratycznych rodów, które trucizną pozbywały się niewygodnych sobie mężów, lub tych osób, których majątek chciały zagarnąć w drodze spadku. Skazanie tych trucicielek nie na długo powstrzymało damy rzymskie od tej zbrodni, skoro już w r. 184 przed Chr. był zniewolony pretor Quintus Naevius skazać za tę samą zbrodnię 2000 trucicielek w Rzymie, a w kilka lat potem pretor Maenius 3000 kobiet na prowincyi, którym dowiedziono licznych zbrodni otrucia. Przed trzecią wojną punicką zasądzono za zbrodnię otrucia Publilię i Licynię, należące do pierwszych magnackich rodów. W Rzy-

[1]) Dwa podobne przypadki opisał Haller w »Annal. d'hyg. publ.« 1901, Nr. 6.

[2]) Nasz lekarz i autor wziętego dzieła »Syntagma universae medicinae practicae libri XIV. sumpt. Viti Jacobi Trescher 1673«, Dr. med. Jan Jonston pisze: »mandragora, quae somnem gravem infert«.

[3]) Husemann: Handb. d. Toxikologie. Berlin 1862. — Podanie o działaniu tego korzenia określa Szekspir:

»A potem... krzyk podobny
Do tego, jaki wydaje ów korzeń
Ziela pokrzyku, gdy się go wyrywa;
Krzyk, wprawiający ludzi w obłąkanie«

[4]) Gmelin: Allg. Gesch. d. Pflanzengifte. Nürnberg 1803.

[5]) Tak samo *„venenum“* i φαρμακον uchodziło za lekarstwo, truciznę, szminkę i czary czarownic (Pliniusz, Owidyusz i Wergiliusz).

[6]) »Jest pochodzista droga, którą...
Z dyamentu łańcuchy Cerbera dopadłszy,
Wywindował Herkules; a ów się rozsiadłszy,
Pianami pola spryskał zielone białemi!
Te... dopadłszy płodnej
I bujnej ziemi, — mocy doszły szkodnej,
Które, że się po skałach twardych zbyt udają,
Akonitem je ludzie prości nazywają«.

Owidiusza Nasona Przeobrażenia. Przekład J. Żebrowskiego. Kraków 1636. Ks. VII. W. 425—434.

[7]) Ogier: Traité de chimie toxicologique. Paris 1899.

[8]) l. c. str. 774.

[9]) T. Livius: Dzieje rzymskie L. VIII.

mie i Egipcie (za Ptolomeuszów) pojawiły się te istne epidemie trucia, których sprawczyniami były kobiety. Odtąd też aż po obecną chwilę zbrodnia ta zdaje się być niemal przywilejem kobiet, albowiem wedle zestawienia Krausa[10]), chociaż ogólna zbrodniczość kobiet pozostaje do ogólnej zbrodniczości mężczyzn w stosunku jak 1:6, to stosunek częstości zbrodni otrucia, popełnionych przez mężczyzn a kobiety jest równy. Jak zbrodnia podpalenia nadaje się najbardziej do wykonania ze wszystkich zbrodni przeciwko własności i mieniu bliźnich osobom fizycznie słabym, bojaźliwym, a podstępnym, tak samo zbrodnia otrucia. Tam zapałka, tlące łuczywo, tu niepostrzeżenie domięszana do potraw, napoju lub lekarstwa trucizna szerzy bez hałasu, bez zwrócenia uwagi w sposób łatwy dzieło zniszczenia. Skoro zaś kobietom z natury przypadły w udziale fizyczna słabość, bojaźliwość i skrytość, przeto nie dziwna rzecz, że ogromem tej potwornej zbrodni wprawiły one, a nie mężczyźni, świat w postrach i zdumienie. Nawet u starożytnych Galów dopuszczały się kobiety często zbrodni otrucia; to też podaje Caesar w swych pamiętnikach, iż w razie śmierci męża, gdy zachodziły wątpliwości co do naturalnego jego zgonu, palili Galowie wszystkie pozostałe po nim wdowy jako domniemane jego zabójczynie. Jak dalece częstemi musiały być w Rzymie zbrodnicze otrucia, świadczy dowodnie ustawa Sulli *„lex Cornelia de sicariis et veneficiis"*. W czasach cesarstwa i upadku rzymskiego imperyum zyskali truciciele i trucicielki schronienie w pałacu imperatorów, a zbrodnicze otrucia usuwały z drogi nie tylko niewygodnych poddanych, lecz także i samych cezarów. I tak wedle Swetoniusza zmarł Tyberyusz wskutek podania mu przez jego następcę Kajusa Kaligulę wyniszczającej ustrój trucizny, Klaudyusz wskutek połechtania mu gardła zapomocą piórka (ówczesny sposób wywołania wymiotów), zatrutego z polecenia czwartej jego żony, Julii Agryppiny[11]), która w ten sposób wzniosła syna swego Nerona na tron. Nero, obawiając się właściwego następcy tronu, usuniętego przez Agryppinę, Brytanikusa, polecił słynnej trucicielce Lokuście sporządzić pod formą leku silną truciznę dla usunięcia swego przeciwnika. Gdy pierwszy raz sporządzona przez nią i podana trucizna wywołała tylko biegunkę, zniewolił Nero Lokustę do przyrządzenia w jego obecności i we własnym pałacu silniejszej trucizny, której też Brytanikus uległ podczas uczty. Nero tłómaczył wobec dworu śmierć jego napadem padaczkowym, na które Brytanikus cierpiał[12]). Później zajęła miejsce Lokusty trucicielka Kanidya, będąca również na usługach cezarów; wedle Filostrata zmarł Tytus Wespazyan również wskutek otrucia.

W pismach spółczesnych autorów, jak Pliniusza, Swetoniusza i Tacyta spotyka się wiele wzmianek o truciznach. I tak charakterystycznem dla owych czasów okrucieństwa i ustawicznej groźby utraty życia z rąk potwornych cezarów jest zdanie Pliniusza, jakoby przyroda na to stworzyła trucizny, aby czujący przesyt i wstręt do życia łatwo mogli sobie je odbierać[13]). Jak dalece w owych czasach, a nawet i później, aż do początków XIX wieku mogły być bezkarnie w celu zbrodniczym używane trucizny, świadczy zupełny brak pewnych sposobów stwierdzania otrucia na zwłokach. Wedle Swetoniusza dowodziła śmierci z otrucia obecność piany w ustach zwłok (zdaniem Hipokratesa był to znak pewnej śmierci, wobec czego należało *„non revocari in vitam, quibus spuma in ore apparuit"* — *Zacchias);* wedle Seneki dowodu takiego upatrywano w braku toczenia ciała zwłok przez robaki. Inny dowód śmierci z otrucia, przytoczony przez Pliniusza, Swetoniusza i Tacyta, a uznawany niemal do końca XVIII wieku za ważny, polegał na przekonaniu, że serce otrutego nie daje się spalić; Zacchiasz, powołując się na powagę wymienionych autorów, powiada: *„cor eorum, qui veneno sublati sunt, nullo modo cremari posse, sed bene magis resistere igneae vi, quam cetera omnia membra"*; Fedeli[14]) zaś, omawiając tę cechę, wspomina, że serce Brytanika, ofiary Nerona, nie mogło się spalić właśnie z powodu obecności trucizny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[10]) Die Psychologie des Verbrechens. Tübingen 1884.

[11]) Zdaniem Zacchiasza (obacz dalej, pag 186) podała mu Julia truciznę w formie enemy.

[12]) Suetonius: Nero, cap. XXXIII.

[13]) P. Zacchiae: «Quaestionum medicolegalium». Tomi I Lib. II. Pag. 175. Noribergae 1726.

[14]) De relationibus medicorum itd Lib IV. Cap. II. Pag. 575 Lipsk 1624.

IX. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 26. marca.

Komitet polski XIV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Madrycie odebrał w ostatniej chwili telegraficzne uwiadomienie, donoszące, że zarząd francuskich kolei wymaga specyalnej legitymacyi (*exige lègitimation spéciale*). Aby takową otrzymać, członkowie Kongresu, chcący się udać przez Francyę do Madrytu, lub powracać przez ten kraj, winni natychmiast uwiadomić jeneralny Sekretaryat w Madrycie (*Secrétariat général du XIV Congrès international de médecine.* Madrit, Facultad de medicina), jaką wybierają sobie drogę od miejsca swego pobytu do Madrytu i z powrotem.

Przypuszczamy, iż na podstawie tych danych Sekretaryat jeneralny nadeszle owe specyalne legitymacye, o których jest mowa w depeszy. *Prof. Dr. Wicherkiewicz.*

* Kurs dla lekarzy, urządzony w roku przeszłym przez grono profesorów Uniwersytetu Jagiel., odbędzie się i w roku bieżącym, mniej więcej w tym samym czasie. Ostateczne oznaczenie terminu i program kursów ogłosimy we właściwej porze.

* Asystentem profesora pedyatryi w Uniw. Jagiel. mianowany został Dr. Tad. Żeleński.

* Komisya sanitarna Rady m. Krakowa odbyła posiedzenie dnia 21 b. m. Komisya wydała opinię, iż w gmachach szkolnych nie mają być pomieszczane mieszkania prywatne dyrektorów; ułożyła terno na obie wakujące posady lekarzy miejskich; wreszcie wybrała subkomisyę, mającą wypracować projekt statutu dla lekarzy miejskich.

* Prezydent gabinetu, jako kierownik ministerstwa spraw wewnętrznych, zamianował lekarzy powiatowych: Dr. Winc. Nycza i Dr. Zenona Friedmana starszymi lekarzami powiatowymi.

* Namiestnik zamianował koncepistów sanitarnych: Biesiadzkiego, Gołębiowskiego i Bąkowskiego lekarzami powiatowymi, oraz asystentów sanitarnych: Kurasiewicza, Soniewickiego i Godłowskiego koncepistami; nadto przeniósł koncepistów sanitarnych: Szaynowskiego z Żydaczowa do Złoczowa, Godłowskiego z Bohorodczan do Mielca, asystentów sanitarnych: Sobieszczańskiego z Kałusza do Bohorodczan, a Kondratowicza ze Złoczowa do Żydaczowa; lek. powiat. B. Warzyckiego z Mielca do Lwowa.

* Towarzystwo lekarskie w Aleksandryi mianowało prof. Wicherkiewicza członkiem honorowym.

* W Brześciu-Litewskim zawiązało się Towarzystwo lekarskie, którego prezesem wybrany został Dr. Demjanowicz, wiceprezesem Dr. Sztark.

* Dr Leśniowski i Dr. Tymieniecki mianowani ordyna-

torami szpitala Dz. Jezus w Warszawie, zaś Dr Wolberg i Dr. Lewin — ordynatorami szpitala żydowskiego na Czystem.

* Ministeryum wezwało władze krajowe, ażeby lekarzy, praktykujących przy granicy niemieckiej, a używających do podróży welocypedów, zaopatrzyły w osobne legitymacye. Książeczka legitymacyjna ma zawierać rysopis lekarza, jego fotografię, a prócz tego szczegółowy opis welocypedu.

* Najniższa śmiertelność w ostatniem dziesięcioleciu 16,49‰ była w Szwecyi.

* Od początku r. 1903 trzy rosyjskie czasopisma lekarskie zawiesiły wydawnictwo, dodajmy — czasopisma poważne i wzorowo redagowane. Po »Russkim Archiwie patołogii« i po »Wiestniku chirurgii« los ten dotknął »Rolniczną Gazetę Botkina« w 13-tym roku istnienia. Rzecz ta wydaje się nam tem dziwniejszą, że w ostatnich latach powstały w Rosyi dwa nowe Wydziały lekarskie (w Tomsku i w Odesie), co przecież powinno było wpłynąć na rozwój piśmiennictwa i większe zapotrzebowanie czasopism. Zdaje się, że i w Rosyi stan lekarski także podupada materyalnie.

* W Berlinie odbył się nadzwyczajny wiec lekarzy, na który przybyło 19.117 na 19,447 wszystkich członków związku. Wiec się odznaczał jednomyślnością w przeprowadzeniu uchwał, z których najważniejszą jest zapowiedź, że w razie przejścia w parlamencie nowego prawa o ubezpieczeniu chorych, wszystkie umowy dotychczasowe z Kasami chorych muszą być zmienione.

Mimowoli przychodzi na myśl porównanie z stosunkami lekarskimi w Austryi, z którego tak jaskrawo występuje gorszące odwołanie kwietniowego wiecu lekarzy rakuzkich.

* Między 11 a 17 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego: w m. Lwowie (1 przypadek), oraz w powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brzeskim (1 gm.), dobromilskim (2 gm.), gorlickim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (2 gm.), myślenickim (2 gm.), niskim (2 gm.), przemyskim (2 gm.), rawskim (2 g.), rudeckim (2 gm.), samborskim (1 gm.), śniatyńskim (3 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (2 gm.), trembowelskim (3 gm.), złoczowskim (2 gm.)

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień IX (1—7—III). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 7, urodziło się dzieci 55, zmarło osób 73, mianowicie: z gruźlicy 17 (6 zam.), z zapalenia płuc 14 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 1, z cholery niemowląt 3.

Mianowania i odznaczenia. Kierownik Instytutu higienicznego w Wrocławiu, Dr. Lingelsheim, otrzymał tytuł profesora. Prof Veit mianowany został kierownikiem kliniki położniczej w Erlandze.

Nekrologia. Dr. Bouilly, prof chirurgii, zmarł w Paryżu, licząc lat 55. W Zakopanem zakończył życie Dr. Edward Mukowicz ze Lwowa.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 3. Wychowanie fizyczne młodzieży. J. Rosner. Chorobliwość i śmiertelność we Lwowie w r. 1902 (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 3. Hewelke: Kornella-Metella w Irydionie Krasińskiego. Giedroyć: Król Władysław IV (historya choroby). Łagowski: Z powodu ogłoszenia przez Dr. Adama Wrzoska listów Jędrzeja Śniadeckiego do księcia Adama Czartoryskiego.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. IV, 1902 r. A Landau: Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych. Kijewski: O wycinaniu płuc. Szleifstein: Ankylostomiasis et ankylostomum duodenale (tęgoryjec dwunastnicy)

— *Kronika lekarska* Z. 5. Ostrowski: Tannoform w wyprzałościach (*intertrigo*) u niemowląt. Dudrewicz: Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 11. Białobrzeski: O zastosowaniu błękitu metylenowego w cierpieniach dróg moczowych. Bucelski: Cierpienia układu mózgowo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 11. Malewski: Przypadek obustronnego, całkowitego braku kości promieniowych, połączonego z głuchotą wyrazową. Lorentowicz: Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych, pochodzących z zabłąkanych zawiązków nadnercza (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 11. Haškovec: Další poznámky o akathisii. Šamberger: Reinfectio syphilitica. Čeněk Šimerka: Několik poznámek ku článku Barevné slyšeni.

Liečnički Viestnik Nr. 3. Clar: Beč — Zagreb. Maixner: Kazuistika iz gradske bolnice u Varaždinu.

— *La Presse medicale* Nr. 21. Letulle: Walka z gruźlicą i anarchia lekarska. Faure: Wycięcie przełyku w części piersiowej.

— Nr. 22 Bernard: Wartość kliniczna cystoskopijnego badania moczu. Fontoynont: Leczenie arenalem błotnych zimnic w Tananariwie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11 Behring: Zwalczanie gruźlicy. Riedel: Ciężka operacya wola w znieczuleniu miejscowem. Boas: Rak a cukrzyca. Treitel: Wynik badań w zakładzie głuchoniemych w Weissensee i wartość ćwiczeń słuchu. Gerber: Ognisko twardzieli w Prusach Wschodnich. Senator: W sprawie białkomoczu przemijającego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12. Behring: O równorzędności pochodzenia rodzaju prątka gruźliczego u człowieka i u bydła, oraz o uodpornieniu bydła przeciw gruźlicy. Raczyński: Kwaśna niestrawność kiszkowa u osesków. Steinhaus: Pewna postać gruźlicy narządu chłonnego. Blum: Przyczynek do statystyki zwyrodnienia skrobiowatego z szczególnem uwzględnieniem gruźlicy. Preisich: Uwagi nad sprawozdaniem: »O dziedziczeniu się przymiotu«.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 11. Sudhoff: Stan prasy lekarskiej w Niemczech do połowy XIX wieku. Marschand: Przyczynek do nauki o t. zw. chorobie Bantiego i o niedokrewności śledzionowej. Ebstein: O grypie. Petersen: Przypadek puchliny moczowo-nerkowej, wyleczony plastyką moczowodu i sfałdowaniem miedniczki nerkowej. Klein: Operacyjne leczenie raka macicy ciężarnej. Bruns: Niebezpieczeństwo zakażenia się tęgoryjcem dwunastnicy w kopalniach. Fleiner: Tężyczka pochodzenia żołądkowo-kiszkowego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 12. Kruse: Historya badań czerwonki i różnorodność bakteryj. Chantemesse i Widal: Pierwszeństwo wynalezienia prątka czerwonki. Ruge: Ułatwienie rozpoznawania zakażenia zimniczego. Cohnheim: Wymoczki w żołądku i w jelitach człowieka i ich znaczenie kliniczne. Vogel: Galwanokaustyczne leczenie przerostu gruczołu krokowego metodą Bottiniego. Lämmerhirt: Liczne brodawczaki w krtani u dzieci. Manassé: O wyłuszczeniu jelita (dok.).

Redakcya otrzymała. Cz. Stankiewicz: Przyczynek do chirurgii śledziony. Talko-Hryncewicz: K woprosu izuczenija wysoty stojania poczwiennoj wody w g. Troickosawskie i jeho słobodie Ušť — Kiachtie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 1 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej kliniki chorób wewnętrznych*** (ul. Kopernika, 15), posiedzenie zwyczajne, na którem I) kol. prof. Edward Korczyński mówić będzie „O chorobie Kahlera; II) kol. dr. Latkowski „O nowszych badaniach chorób nerkowych wraz z demonstracyami; III) lekarze kliniczni demonstrować będą ważniejsze przypadki chorobowe.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Do LW: 22.744 **Konkurs**

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem, ogłasza niniejszem konkurs na posadę Dyrektora szpitala powszechnego **w Husiatynie** z płacą 1400 (tysiąc czterysta) koron rocznie. Posada ta nadaną będzie stale po upływie roku służby prowizorycznej i połączona jest z prawem do emerytury. W podaniu o powyższą posadę, które ma być wniesione najpóźniej **do 15 kwietnia 1903 roku**, wprost do Wydziału krajowego, względnie za pośrednictwem właściwej władzy, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej — zamieścić należy krótki opis przebiegu życia — dołączyć dyplom doktora wszech nauk lekarskich jednego z uniwersytetów Monarchii Austryackiej, metrykę urodzenia na dowód, że kandydat nie przekroczył 40 lat życia, tudzież inne świadectwa lub dokumenta wykazujące znajomość języków krajowych, uzdolnienie i dotychczasową działalność kandydata, a w szczególności znajomość administracyi szpitalnej.

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 17 marca 1903 r.

Do LW. 233/903. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Sołotwinie.**

Do okręgu sanitarnego należą następujące miejscowości powiatu bohorodczańskiego: Babcze, Bitków, Bogrówka, Dzwiniacz, Jablonka, Kosmacz, Kryczka, Krzywiec, Manasterczany, Maniawa, Markowa, Mołotków, Porohy, Rakowiec, Sołotwiua i Zarzecze.

Płacę rocznych 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry oraz ryczałt na koszta podróży ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 700 koron.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) Nieskazitalny charakter;
4) Znajomość języków krajowych;
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Dotyczące podania należy wnosić najpóźniej do 1-go kwietnia 1903 do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Bohorodczany, dnia 24-go lutego 1903.

Prezes.

Do LW. 2311/03. KONKURS.

Na podstawie uchwały Rady miasta Nowego Sącza z dnia 5 marca 1903 rozpisuje się niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy miejskich **w Nowym Sączu** a mianowicie na posadę lekarza młodszego i starszego (naczelnego) pod warunkami podanymi w ustawie z dnia 2-go lutego 1891. Dz u. kr. Nr. 17 w rozporządzeniu wykonawczem do tej ustawy wydanem przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu a Wydziałem krajowym w myśl § 21. tej ustawy Dz. u. kr. Nr. 82 oraz w Instrukcyi dla lekarzy gminnych i okręgowych wydanej po myśli § 14 powyż zacytowanej ustawy krajowej a uzupełnionej rozporządzeniem c. k. Namiestnictwa z dnia 12 czerwca 1897 l. 34541.

Obsadzenie obu posad lekarzy miejskich nastąpi prowizorycznie na rok jeden. Po upływie tego czasu rada gminna orzecze czy posada ma być stale nadaną. Z posadą lekarza młodszego połączoną jest płaca w kwocie 1000 kor. a z posadą lekarza starszego płaca w kwocie 1100 kor. rocznie. Podania udokumentowane wnosić należy do Magistratu w Nowym Sączu po dzień 31 marca 1903.

Magistrat król. woln. miasta

Nowy Sącz, dnia 6 marca 1903.

L 21.014 **Konkurs**

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę Dyrektora szpitala powszechnego **w Jarosławiu** z płacą 1.400 (tysiąc czterysta) koron rocznie.

Posada ta nadaną będzie stale po upływie roku służby prowizorycznej i połączoną jest z prawem do emerytury.

W podaniu o powyższą posadę, które ma być wniesione najpóźniej **do 15 kwietnia 1903 roku** wprost do Wydziału krajowego, względnie za pośrednictwem właściwej władzy, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej — zamieścić należy krótki opis przebiegu życia — dołączyć dyplom doktora wszech nauk lekarskich jednego z uniwersytetów Monarchii Austryackiej, metrykę urodzenia, na dowód, że kandydat nie przekroczył 40 lat życia, tudzież inne świadectwa lub dokumenta wykazujące znajomość języków krajowych, uzdolnienie i dotychczasową działalność kandydata a w szczególności znajomość administracyi szpitalnej.

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 17. marca 1903